

ОЧЕРКИ
ИСТОРИИ
СОВЕТСКОЙ
ВОЕННОЙ
МЕДИЦИНЫ



ОЧЕРКИ
ИСТОРИИ
СОВЕТСКОЙ
ВОЕННОЙ
МЕДИЦИНЫ





50

ПОД РЕДАКЦИЕЙ
Д. Д. КУВШИНСКОГО
и А. С. ГЕОРГИЕВСКОГО

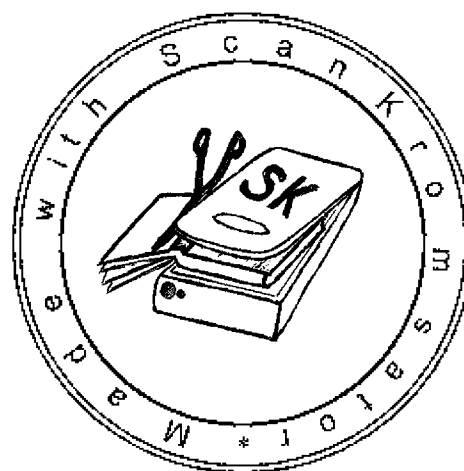
ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИЦИНА»
ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ 1968

ОЧЕРКИ ИСТОРИИ СОВЕТСКОЙ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Д. Д. Кувшинский (отв. редактор),
А. С. Георгиевский (отв. редактор),
С. М. Багдасарьян, М. И. Барсуков,
М. Ф. Войтенко, Н. И. Завалишин,
Н. Г. Иванов, П. И. Кактыш,
В. М. Корнеев, Б. Д. Петров,
Б. М. Потулов (отв. секретарь).



Scan AAW

ПРЕДИСЛОВИЕ

Первому в мире государству рабочих и крестьян — Союзу Советских Социалистических Республик, — основанному гением великого Ленина, исполняется 50 лет. Советский народ и все прогрессивные люди на нашей планете готовятся торжественно отметить эту дату, по праву являющуюся одной из наиболее знаменательных в истории человечества.

С пятидесятилетним юбилеем Советского государства неразрывно связано и другое замечательное событие, которое будет отмечаться в феврале 1968 г. — 50-летие существования наших славных Вооруженных Сил. Созданная по инициативе и при непосредственном участии В. И. Ленина Рабоче-Крестьянская Красная Армия выступила на арену истории, как армия принципиально нового типа, состоящая из широких трудящихся масс и призванная защищать их интересы.

В годы гражданской войны и иностранной военной интервенции одетые в красноармейские шинели рабочие и крестьяне, подчас слабо вооруженные и недостаточно обученные военному делу, но вдохновленные бессмертными идеями Коммунистической партии и руководимые ее представителями, в ожесточенных боях с многочисленными врагами молодой Советской Республики с честью отстояли завоевания Великого Октября. В годы социалистического строительства Советские Вооруженные Силы уверенно и надежно стояли на страже интересов нашей Родины, неоднократно пресекая попытки агрессии со стороны империалистических государств.

В суровую годину Великой Отечественной войны наши доблестные Вооруженные Силы в тяжелых и кровопролитных боях с сильным и жестоким врагом разгромили фашистскую Германию, одержав победу поистине всемирно-исторического значения, равной которой не знала до сих пор история человечества.

В послевоенный период Коммунистическая партия и Советское правительство, проявляя повседневную заботу об укреплении обороно-

способности страны, делали и делают все возможное для непрерывного повышения мощи Вооруженных Сил СССР. Наши армия и флот оснащены самой совершенной военной техникой. Они располагают мощным ракетно-ядерным оружием, способным сокрушить любого агрессора, который посмеет напасть на нашу Родину.

История Советского государства убедительно доказывает, что основной силой, способной сдержать и обуздать агрессию империалистов против СССР, всегда была Советская Армия. И сейчас, как никогда прежде, мощь и высокая степень боеготовности Вооруженных Сил СССР служат первостепенным фактором сохранения мира во всем мире и гарантией безопасности СССР и стран социалистического лагеря.

Составной и неразрывной частью Вооруженных Сил СССР является их медицинская служба. Своей практической деятельностью, направленной на осуществление стоящих перед военной медицинской задач — предупреждение заболеваний среди советских воинов, а также восстановление и укрепление их здоровья — она призвана всемерно способствовать сохранению и повышению боеспособности армии и флота. Коммунистическая партия и Советское правительство всегда придавали и придают огромное значение этой исключительно важной роли медицинской службы в строительстве Вооруженных Сил СССР.

За 50 лет, протекавших со дня зарождения советской военной медицины, медицинская служба Вооруженных Сил СССР накопила огромный и разносторонний опыт. Немало славных дел совершили за эти годы наши военные медики, стоя на страже здоровья советских воинов. Многие из них пожертвовали жизнью, выполняя свой врачебный и воинский долг. Знать и рассказать об этих славных делах советских военных медиков и о поучительном историческом пути развития медицинской службы Вооруженных Сил СССР совершенно необходимо. Ведь это позволит наилучшим образом обратить на службу настоящему славные традиции прошлого советской военной медицины, воспитывать на них новые поколения военных медиков.

Именно эти важные и благородные цели преследуют предлагаемые вниманию читателя «Очерки истории советской военной медицины», выпускаемые издательством «Медицина» под редакцией генерал-лейтенантов медицинской службы Д. Д. Кувшинского и А. С. Георгиевского в связи с юбилейной датой — 50-летием советской военной медицины. Следует отметить, что по обширности и разнообразию при-

влеченных источников эту книгу с полным основанием можно отнести к числу солидных научных трудов, обобщающих исторический опыт военно-медицинской службы.

Достоянием читателей, интересующихся историей советской военной медицины, являлись до сего времени лишь работы, опубликованные в периодической печати или в энциклопедиях, которые не могли дать цельного представления о развитии военно-медицинского дела в нашей стране на протяжении ряда десятилетий.

В отличие от ранее опубликованных работ «Очерки истории советской военной медицины» показывают последовательное развитие медицинской службы и системы медицинского обеспечения Вооруженных Сил СССР соответственно основным этапам их истории. Книга насыщена многими интересными, впервые публикуемыми фактами, полученными при разработке архивных документов.

«Очерки» являются плодом творческих усилий большого авторского коллектива, что нужно считать вполне закономерным, так как выполнение подобного труда одному человеку не под силу. При этом почти все авторы являются не только свидетелями, но и непосредственными участниками строительства советской военной медицины.

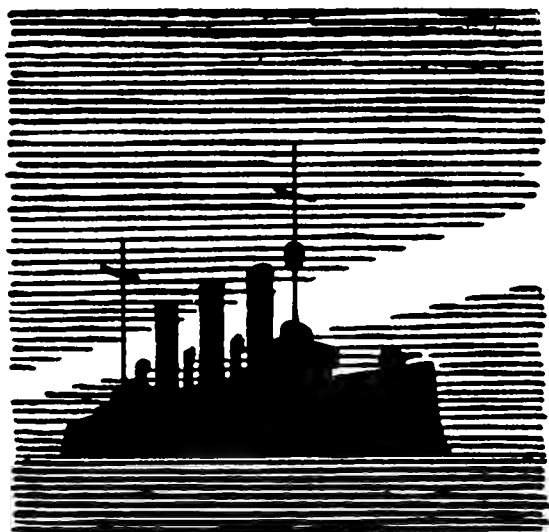
Написав и выпустив в свет «Очерки истории советской военной медицины», авторский коллектив сделал благородное и очень нужное дело. Можно смело утверждать, что книга с большим интересом и пользой будет прочитана как военными, так и гражданскими медицинскими работниками. Это хороший подарок советским медикам к всенародному празднику—50-летию Советской власти и Вооруженных Сил СССР. Пожелаем же «Очеркам» доброго пути!

Заместитель министра обороны — начальник
тыла Вооруженных Сил СССР Маршал Советского Союза

И. Х. Баграмян



1917



Прошло 50 лет с тех пор, как трудящиеся России по зову Коммунистической партии во главе с В. И. Лениным свершили Великую Октябрьскую социалистическую революцию и открыли новую эру в истории человечества. За этот сравнительно короткий период в нашей стране создана могучая социалистическая индустрия, осуществлено кооперирование сельского хозяйства, совершена культурная революция. Тем самым впервые в истории претворен в жизнь начертанный гением В. И. Ленина план строительства социализма и начато созидание коммунистического общества. Советский народ стал первооткрывателем и пионером, прокладывающим человечеству новые пути исторического развития.

Коммунистическая партия Советского Союза, руководствуясь марксистско-ленинским учением, проявила непоколебимую стойкость и организованность, твердую веру в свои силы и силы народа, ведя советских людей от победы к победе. В итоге этих побед наша Родина превратилась в могущественную державу и играет ведущую роль в мировой истории, оказывая решающее влияние на судьбы народов всего земного шара.

За прошедшие 50 лет в Советском Союзе достигнуты выдающиеся успехи в развитии социалистической экономики, науки, техники и культуры, в области повышения благосостояния советского народа. В настоящее время СССР выпускает 20% мировой промышленной продукции, имея численность населения, равную всего 7% народонаселения земного шара. Выдающихся успехов добилась наша наука. В ряде областей она занимает ведущее место в мире. Достижения Советского Союза в освоении космоса, развитии квантовой механики, использовании в мирных целях атомной энергии вынуждены признать даже самые ярые наши враги.

Непрерывно повышается благосостояние советского народа.

Социалистический строй впервые в истории устранил обреченность трудящихся на бедность и нищету, связанную с кризисами, безработицей, разорением многомиллионных масс мелких производителей, расовым и национальным неравенством, дискриминацией в оплате женского труда, — этими и многими другими органическими социальными пороками, присущими капиталистическому способу производства.

В условиях социализма народное благосостояние поставлено в прямую зависимость от степени развития материального производства, производительности труда. В нашем обществе действует принцип социализма: «От каждого — по способностям, каждому — по труду». Рост благосостояния советских людей обеспечивается также

за счет непрерывно возрастающих отчислений в общественные фонды потребления. В 1966 г. в целях повышения уровня жизни народа в фонд потребления выделяется до 80% национального дохода страны.

Мероприятия, предусмотренные директивами XXIII съезда Коммунистической партии Советского Союза по пятилетнему плану развития народного хозяйства СССР на 1966—1970 гг., являются важным этапом в создании материально-технической базы коммунизма и роста благосостояния советского народа. Новый пятилетний план обеспечивает дальнейшее продвижение по пути строительства коммунизма, укрепления экономической и оборонной мощи нашей страны.

Главную экономическую задачу пятилетки партия видит в том, чтобы на основе широкого использования науки и техники, индустриального развития общественного производства, повышения его эффективности и производительности труда обеспечить дальнейший значительный рост промышленности, высокие и устойчивые темпы развития сельского хозяйства, добиться существенного подъема уровня жизни народа, более полного удовлетворения материально-культурных потребностей советских людей.

Благодаря постоянной заботе Коммунистической партии и Советского правительства крупных успехов добилось и советское здравоохранение. В нашей стране самая высокая продолжительность жизни и самая низкая смертность. На ниве здравоохранения успешно трудится свыше 4 млн. медицинских работников, в том числе 555 тыс. врачей. Это четвертая часть врачей мира. Непрерывно укрепляется материально-техническая база советского здравоохранения. В 1966 г. количество коек в стране достигло почти 2,5 млн., медицинская промышленность выпустила различных лекарственных средств, препаратов, приборов и инструментария более чем на 1 млрд. руб.

Директивами XXIII съезда в пятилетнем плане намечены дальнейшие меры по улучшению медицинского обслуживания населения, укреплению материально-технической базы здравоохранения, повышению темпов развития медицинской промышленности. В предстоящем пятилетии намечено увеличить количество коек в больницах на 450 000, повысить производство продукции медицинской промышленности более, чем в 1,7 раза.

Наша страна, весь советский народ могут гордиться тем, что за прошедшие полвека они прошли неимоверно тяжелый, но славный путь и добились всемирно-исторических побед. Величественные итоги строительства нового общества, развития экономики, науки и культуры достойно венчают полувековую историю первого в мире социалистического государства.

Грандиозность достижений нашей Родины становится еще ярче и убедительней, если вспомнить с чего мы начали, что получили в наследие от прогнившего царского строя. Политическая и экономическая, научная и техническая отсталость, жестокая эксплуатация рабочего класса и крестьянства, бедность и нищета, невероятно тяжелые условия труда и быта подавляющего большинства населения страны, массовое распространение тяжелых заболеваний, — вот что характе-

ризовало российскую действительность в предреволюционные годы.

Разруха и упадок в промышленности и сельском хозяйстве, вызванные первой мировой империалистической войной, полностью дезорганизовали экономическую, политическую и культурную жизнь страны.

Печальную картину представляло здравоохранение в царской России. В 1913 г. на 153,2 млн. населения на территории, ныне занимаемой СССР, имелось всего 23 143 врача (без зубных врачей и военнослужащих)¹. Из них больше половины не состояли на государственной службе и занимались только частной практикой. Особенно плохо обеспечивалось медицинской помощью население сел и деревень, где работало менее 5 тыс. врачей. Испытывался острый недостаток в больницах. В 1913 г. страна (в современных границах СССР) имела 207,3 тыс. коек, что в пересчете на 1000 населения составляло 3,8 койки в городах и 0,4 койки в сельской местности. В 35% городов больниц вообще не существовало.

Не приходится поэтому удивляться, что среди населения Российской империи в 1913 г., по далеко не полным данным, зарегистрировано почти 5,5 млн. случаев заболеваний чесоткой, 3,5 млн. — малярией, более 12 млн. — сифилисом, 103,8 тыс. — цингой (1912), 165,3 тыс. — натуральной оспой (1910).

В стране практически отсутствовало санитарное законодательство, а эффективный контроль за выполнением имевшихся чрезвычайно куцых законов не мог осуществляться, так как на всю Россию было около 500 санитарных врачей. Трудно говорить о каких-либо санитарно-оздоровительных мероприятиях в подобной обстановке.

Вот как оценивал состояние здравоохранения в царской России врач-большевик, в последующем один из организаторов советского здравоохранения З. П. Соловьев. Он писал: «Мы получили в наследство от самодержавия тяжелый гнет... равнодушную, лицемерную медицинскую бюрократию, бессильную земскую и городскую медицину, слабые ростки медицины рабочей и ясное сознание, что страна шаг за шагом неуклонно идет к вырождению»².

Все пороки гражданского здравоохранения, как в зеркале отражались и в военном здравоохранении, в работе медицинской службы царской армии. Россия вступила в первую мировую войну слабо подготовленной во всех отношениях, в том числе и в вопросах медицинского обеспечения войск.

Неудовлетворительная материально-техническая база гражданского здравоохранения весьма отрицательно сказывалась на медицинской службе армии. Достаточно указать, что из 118 наименований каталога медицинского снабжения армии 80 предметов заказывались за границей, главным образом, в Германии. До конца войны не удалось наладить удовлетворительное снабжение армии перевязочными пакетами, медикаментами, автоклавами и другими предметами ме-

¹ БМЭ, изд. 2, т. 5, 1958, стлб. 1123.

² З. П. Соловьев. Вопросы здравоохранения. М., 1940.

дицинского имущества и оснащения. В стране испытывался острый недостаток врачебных кадров и госпитальных коек.

В обстановке острого недостатка сил и средств на качество медицинского обеспечения царской армии пагубное влияние оказывала организационная неразбериха, многовластие и многоведомственность. Лучшие представители отечественной военной медицины были бессильны повлиять на состояние дел, так как они фактически были отстранены от руководства медицинской службой армии.

«Каждый военный врач прежнего времени, — писал З. П. Соловьев, — сможет воскресить в своей памяти целую галерею Ольденбургских, Рейнбот-Резвых, Треповых и им подобных насадителей военной медицины и санитарии, которые с каким-то изощренным садизмом обостряли и без того чудовищный контраст между военной действительностью и требованиями рациональной медицины»¹.

И неудивительно, что из-за неудовлетворительного медицинского обеспечения смертность среди раненых в русской армии была очень высокой и достигала 11—11,5%, инвалидность — 30%, а число возвращенных в строй колебалось в пределах 40—45% и во всяком случае не превышало 50%².

Оценивая итоги работы медицинской службы и организацию медицинского обеспечения русской армии в годы первой мировой войны 1914—1918 гг., все исследователи приходят к единодушному мнению о том, что оно было организовано неудовлетворительно.

Однако такая оценка не дает нам права отрицать богатый опыт, полученный в этой войне отечественной военной медициной, и тот вклад в науку и практику, который был внесен такими прогрессивными и талантливыми ее представителями, как В. А. Оппель, Н. Н. Бурденко, Н. А. Вельяминов, Р. Р. Вреден и др. Война выдвинула целую плеяду талантливых военных врачей и послужила мощным толчком для усиленной разработки наиболее эффективных форм и методов организации медицинского обеспечения войск с учетом особенностей ведения боевых действий и достигнутого в то время уровня развития медицинской науки.

Активный участник войны, талантливый русский хирург, профессор Военно-медицинской академии В. А. Оппель на основе обобщения опыта оказания хирургической помощи в действующей армии разработал учение об этапном лечении раненых. В своей широко известной работе «Организационные вопросы передового хирургического пояса действующей армии» он писал: «Начинаясь на главных перевязочных пунктах, хирургическая деятельность может продолжаться в лазаретах дивизий, в подвижных лазаретах Красного Креста, в полевых подвижных госпиталях и т. д. Параллельно с хирургическим лечением раненых идет их эвакуация». И далее «...оказывается необходимым теснейшим образом связать эвакуацию с лечением, считать их слагаемыми одного целого. Связав эвакуацию с лечением, можно будет сказать так: „раненый получает такое

¹ З. П. Соловьев. Вопросы здравоохранения. М., 1940, стр. 170.

² Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг., т. 1, гл. VIII. М.

хирургическое пособие, тогда и там, где и когда в таком пособии обнаружена надобность. Раненый эвакуируется на такое расстояние от линии боя, какое наиболее выгодно для его здоровья“»¹.

Основные принципы этапного лечения сформулированы в этих коротких выдержках с достаточной четкостью. Они явились в последующем той теоретической базой, на основе которой строилась система лечебно-эвакуационного обеспечения Красной Армии.

Однако деятельность лучших представителей военной медицины в условиях царского самодержавия, направленная на улучшение медицинского обслуживания многомиллионной армии, не смогла изменить существующего положения. Основными причинами, мешавшими внедрить прогрессивные и рациональные предложения в практику работы медицинской службы царской армии, были политическая и экономическая отсталость России, пренебрежительное отношение правящей дворянской верхушки к солдату, его судьбе и здоровью.

Великая Октябрьская социалистическая революция, свергнув буржуазно-помещичий строй, уничтожила вместе с ним всякое социальное неравенство, утвердила принципиально новое отношение к трудящемуся человеку и подняла на щит заботу о здоровье трудящихся и солдатских масс, создала условия для успешной реализации прогрессивных идей и взглядов передовой части русских врачей — патриотов своей Родины.

В буре революционных схваток, упорной и тяжелой борьбе с контрреволюцией создавались и крепились Вооруженные Силы молодого Советского государства. На борьбу с силами контрреволюции грудью встали революционные войска, революционные моряки, создаваемые рабочими отряды Красной гвардии. Все силы рабочего класса и революционных трудящихся были поставлены на защиту завоеваний Октября.

Необходимо было создать новую, революционную армию рабочих и крестьян. 15 (28) января 1918 г. В. И. Ленин подписал декрет о создании Рабоче-Крестьянской Красной Армии, которая росла и закалялась в жестоких схватках с врагами революции, в обстановке тяжелой экономической разрухи в стране. 3 октября 1918 г. В. И. Ленин писал: «Мы решили иметь армию в 1 000 000 человек к весне, нам нужна теперь армия в три миллиона человек. Мы можем ее иметь. И мы будем ее иметь»².

Эти ленинские предначертания благодаря усилиям Коммунистической партии были успешно реализованы и к концу 1920 г. численность Красной Армии достигла 3,5 млн. человек. Одержав историческую победу над многочисленными врагами революции, воины Красной Армии показали образцы патриотизма, самоотверженности и массового героизма, величие которых не угаснет в веках.

Вместе с Красной Армией родилась, организационно оформилась и крепла советская военная медицина, как неотъемлемая часть единой советской медицины. С первых дней ее возникновения лич-

¹ В. А. О п п е л ь. Организационные вопросы передового хирургического пояса действующей армии. Пг., 1917, стр. 28—29.

² В. И. Л е н и н. Полное собрание сочинений, т. 37, стр. 99.

ный состав медицинской службы показал себя достойным преемником лучших традиций русских военных врачей, с честью решив исключительно трудные и сложные задачи медицинского обеспечения Красной Армии в первые годы ее становления.

Охрана народного здоровья всегда находилась в центре внимания Коммунистической партии. Еще задолго до Великой Октябрьской социалистической революции, на II съезде РСДРП (1903) и на VI Пражской партийной конференции (1912), партией была намечена линия на построение государственной системы народного здравоохранения. В программе, принятой на VIII съезде партии в марте 1919 г., русские коммунисты заявили всему миру, что в основу своей деятельности в области охраны народного здоровья коммунистическая партия кладет проведение широких оздоровительных и санитарных мер, имеющих целью предупреждение развития заболеваний, как-то: оздоровление населенных мест (охрана почвы, воды, воздуха), постановка общественного питания на научно-гигиенических началах, организация мер, предупреждающих развитие и распространение заразных болезней, создание санитарного законодательства. В программе предусматривалось развертывание активной борьбы с социальными болезнями, такими, как туберкулез, алкоголизм, венеризм и другими, а также обеспечение населения общедоступной, бесплатной и квалифицированной лечебной и лекарственной помощью.

Основные принципы и задачи советского здравоохранения были неоднократно изложены и в других документах партии и правительства — в декрете Совнаркома от 11 июля 1918 г. о создании Народного комиссариата здравоохранения, позднее — в утвержденной чрезвычайным VIII Всесоюзным съездом Советов в 1936 г. Конституции СССР, в Программе партии, принятой на XXII съезде КПСС, и многих других важных постановлениях и решениях.

Под руководством партии и при непосредственном личном участии В. И. Ленина сразу же после Октябрьской революции стала создаваться самая прогрессивная в мире система народного здравоохранения. Социальные преобразования в обществе, исключаящие эксплуатацию человека человеком, непрерывное улучшение условий быта, труда, повышение жизненного уровня трудящихся в СССР создают благоприятные предпосылки для всестороннего физического и духовного развития, укрепления здоровья народных масс и предупреждения заболеваний. Вот почему профилактическое направление стало основой советского здравоохранения.

Наряду с этим, осуществление мероприятий, предусматривающих обеспечение населения общедоступной, бесплатной квалифицированной медицинской помощью, создавало благоприятные условия для своевременного и эффективного лечения, снижения смертности и инвалидности среди заболевших, быстрее и полного восстановления их трудоспособности. Гармоничное сочетание мероприятий по профилактике и лечению болезней — одна из характерных особенностей советского здравоохранения.

«Социалистическое государство, — говорится в Программе КПСС, принятой XXII съездом, — единственное государство, которое берет

на себя заботу об охране и постоянном улучшении здоровья всего населения». Это обеспечивается системой социально-экономических и медицинских мер, проводимых в государственном масштабе. В нашей стране все мероприятия по здравоохранению планируются и проводятся за счет средств, выделяемых государством, они направлены на предупреждение и решительное сокращение болезней, ликвидацию массовых инфекционных заболеваний, на дальнейшее увеличение продолжительности жизни, оздоровление и облегчение условий труда и быта советских людей.



Посещение В. И. Лениным и Н. К. Крупской военного госпиталя.
(Репродукция с картины худ. М. Д. Натаревича).

В решении этих задач советское здравоохранение всемерно использует преимущества социалистического строя, успехи в развитии экономики страны и непрерывный рост материального благосостояния народа, опирается на достижения советской медицинской науки, возросшее коммунистическое сознание, уровень общей и санитарной культуры населения. Революционные преобразования социального строя в стране и вытекающая из них новая государственная политика в области здравоохранения создали благоприятные условия для бурного развития советской военной медицины.

Подобно тому, как Красная Армия по своей сущности и назначению коренным образом отличается от армий капиталистических государств, медицинская служба советских Вооруженных Сил по характеру и содержанию решаемых ею задач резко отличается от меди-

цинской службы буржуазных армий. В противовес буржуазной филантропии и частнопредпринимательской благотворительности, которой эксплуататорские классы прикрывают истинное отношение к судьбам воинов и их здоровью, советская военная медицина базируется на принципах социалистического гуманизма, на постоянной заботе Советского государства о здоровье воина — равноправного гражданина своей Родины, чьим тяжелым ратным трудом, самоотверженностью и доблестью, кровью и даже ценой жизни завоеывается победа.

В Вооруженных Силах СССР забота о здоровье воинов, о создании наиболее благоприятных условий лечения больных и раненых стала обязанностью не только медицинской службы. Постоянное внимание и забота об охране здоровья личного состава со стороны командования и партийно-политического аппарата являлись и являются одним из важнейших условий, обеспечивающих успешное решение задач, стоящих перед советской военной медициной на всех этапах ее развития.

Для советской военной медицины характерна органическая связь с отечественной медицинской наукой и здравоохранением. Все передовое и лучшее, выработанное современной медицинской наукой в стране и за рубежом и применимое в условиях армии, широко используется в практике военного здравоохранения. Лучшие представители отечественной медицинской науки принимают постоянное участие в разработке наиболее актуальных и сложных проблем военной медицины, а в грозные годы вооруженных схваток с врагами они являются непременными участниками героических дел на полях сражений.

Основу советского военного здравоохранения, как и здравоохранения страны в целом, составляет профилактическое направление. Советская военная медицина на протяжении всего пути своего развития решала сложные задачи по оздоровлению условий быта и военного труда, устранению нежелательного влияния на здоровье воинов факторов внешней среды, связанных с военной службой. Благодаря этому обеспечивается непрерывное улучшение показателей здоровья личного состава Вооруженных Сил.

Советская военная медицина развивается также под определяющим влиянием советской военной науки. Развитие военного искусства, стратегии и тактики постоянно требует разработки таких принципов, форм и методов медицинского обеспечения боевых действий войск, которые бы наиболее полно отвечали характеру и особенностям ведения боя и операций и вместе с тем позволяли бы наиболее широко и полно использовать новейшие достижения медицинской науки.

В своем развитии советская военная медицина прочно опирается на могучую социалистическую экономику нашего государства и непрерывно крепнущую материальную базу советского здравоохранения. Исходя из этих положений строилась и разрабатывалась штатно-организационная структура медицинской службы Советской Армии на всех этапах ее становления и развития.

Советская военная медицина прошла в своем развитии сложный и трудный путь. На первом этапе, в тяжелой обстановке гражданской

войны, военной интервенции и разрухи, вызванной первой мировой войной, в строительстве военной медицины были реализованы важнейшие организационные принципы медицинского обеспечения войск, которые не удалось претворить в жизнь в условиях царской России. Была ликвидирована пагубная многоведомственность в организации медицинского обеспечения армии. Вся полнота непосредственного

руководства медицинским обеспечением Красной Армии была передана органам управления медицинской службой как в центре, так и на местах. Впервые в истории отечественной военной медицины на военных врачей были возложены не только лечебные, но и административно-организационные функции.

Главное военно-санитарное управление, входившее в состав Наркомздрава РСФСР (народный комиссар — Н. А. Семашко, заместитель З. П. Соловьев), стало полновластным и единым центром, организующим медицинское обеспечение Вооруженных Сил молодой Советской Республики. Двойственное подчинение Главного военно-санитарного управления Наркомздраву Республики и Реввоенсовету в тех условиях диктовалось



Н. А. Семашко.

необходимостью и позволяло наиболее полно, рационально и эффективно использовать скудные ресурсы молодой Советской Республики для нужд Красной Армии и тыла страны.

К тяготам гражданской войны и иностранной интервенции присоединились массовые эпидемии паразитарных тифов как среди гражданского населения, так и среди личного состава Красной Армии. Достаточно напомнить, что общее число заболевших сыпным и возвратным тифом в стране в 1918—1922 гг. составило около 10 млн. человек. Эпидемия тифов превратилась в социальное бедствие, уг-

рожавшее существованию Советской Республики, а борьба с ней стала первостепенной государственной задачей.

З. П. Соловьев, возглавлявший в те годы ГВСУ, вспоминая об этих тяжелых испытаниях, писал: «Порой казалось, что мы „на волосок“ близки к санитарной катастрофе. Жуткая, потрясающая действительность нестерпимо била по нервам. Страдания красноармейцев достигли невыразимых пределов»¹.

В огне сражений гражданской войны зародились и первые организационные принципы медицинского обеспечения Красной Армии. Они в значительной степени опирались на опыт первой мировой войны. Вместе с тем принципиально по-новому решались многие вопросы лечебно-эвакуационного обеспечения: хирургическая помощь была приближена к линии фронта, ограничивалась эвакуация легко-раненых, проявлялось стремление практически реализовать принципы этапного лечения.

Несмотря на чрезвычайные трудности, были приняты меры к созданию максимально возможного количества военно-лечебных учреждений. Количество коек в них к июлю 1920 г. по сравнению с июлем 1919 г. увеличилось более, чем в 3 раза и составило около 400 000. Была создана мощная сеть противозидемических учреждений, которые совместно с органами гражданского здравоохранения проводили широкие противозидемические мероприятия в армии и стране.

В этот период органами здравоохранения страны и медицинской службой Красной Армии была проделана огромная и героическая работа по борьбе с эпидемией паразитарных тифов. Оценивая позднее эту работу, З. П. Соловьев писал: «Ряды военно-санитарных работников за протекшие годы понесли немало потерь. Пути побед и страданий, которыми шла Красная Армия, требовали от них порою поистине нечеловеческих усилий и громадных жертв. На страницы истории Красной Армии будет вписано немало и громких, и неизвестных имен, но одинаково славных в своем служении рабоче-крестьянской власти»².

Здравоохранение и военная медицина молодой Советской Республики в тяжелые годы иностранной военной интервенции и гражданской войны, в обстановке разрухи, империалистической блокады, голода и эпидемий с честью выполнили свои задачи, и тем самым внесли неоценимый вклад в дело спасения первого в мире пролетарского государства от ожесточенного натиска мирового империализма и внутренней контрреволюции.

Кончилась гражданская война. Перед советской военной медициной встали новые задачи по укреплению здоровья личного состава Вооруженных Сил, научной разработке санитарно-гигиенических требований и нормативов, необходимых для оздоровления условий военного труда и быта. Продолжалась настойчивая борьба за укрепление эпидемического благополучия Красной Армии, которое

¹ З. П. Соловьев. Вопросы военной медицины. Л., 1955, стр. 46.

² З. П. Соловьев. Избранные произведения. М., 1956, стр. 389.

оставалось крайне напряженным и неустойчивым на протяжении ряда послевоенных лет.

В результате огромной оздоровительной работы, сделанной по указаниям партии и Советского правительства, санитарно-гигиеническая обстановка в стране и в Красной Армии непрерывно улучшалась. Народный комиссар по военным и морским делам М. В. Фрунзе доложил делегатам III съезда Советов СССР в марте 1925 г. о том, что Красная Армия свободна от эпидемий, а ее санитарно-эпидемическое состояние является вполне удовлетворительным. В последующие годы на основе этих успехов военно-медицинская служба добилась дальнейшего улучшения санитарно-эпидемического состояния и снижения общей заболеваемости личного состава Красной Армии. В 1927 г. по многим инфекциям заболеваемость была ниже, чем в царской армии в 1913 г.

Получили свое дальнейшее развитие принципы медицинского обеспечения войск, а также методы диагностики и лечения раненых и больных на войне. В ряде документов этого периода («Руководство по санитарной эвакуации в РККА», 1929, «Устав санитарной службы», 1933, проект «Устава санитарной службы», 1940) уже были сформулированы важнейшие принципы лечения раненых и больных на войне: непрерывность, последовательность и преемственность в оказании медицинской помощи и лечения, принцип эвакуации «на себя».

Руководящими положениями, регламентировавшими организацию медицинского обеспечения Красной Армии в предвоенные годы, предусматривалось максимальное приближение квалифицированной медицинской помощи к войскам и скорейшая доставка раненых и больных на тот этап эвакуации, где им может быть оказана медицинская помощь в соответствии с характером ранения или заболевания. Таким образом, в этих документах уже достаточно четко были сформулированы основные положения системы этапного лечения с эвакуацией по назначению, которые получили дальнейшее развитие в ходе Великой Отечественной войны. Наряду с этим были проведены серьезные мероприятия по улучшению штатно-организационной структуры медицинской службы с тем, чтобы привести ее в более полное соответствие с новыми требованиями к системе и методам медицинского обеспечения войск.

Серьезной проверкой общепринятых взглядов на медицинское обеспечение были боевые действия Красной Армии по защите границ нашей Родины на озере Хасан (1938), реке Халхин-Гол (1939) и особенно советско-финляндская война (1939—1940). С учетом опыта работы советских медиков в этих кампаниях организационные принципы медицинского обеспечения и штатно-организационная структура медицинской службы получили свое дальнейшее развитие.

Однако наиболее глубокой и всесторонней проверкой для медицинской службы Красной Армии явилась Великая Отечественная война 1941—1945 гг. Внезапное нападение фашистской Германии на Советский Союз застало медицинскую службу Вооруженных Сил СССР в стадии начавшейся серьезной организационной перестройки. Поэтому завершать и продолжать эту перестройку пришлось уже в ходе ожесточенных сражений начального периода и последующих опера-

ций Великой Отечественной войны советского народа против германского фашизма.

Почти четыре года бушевало пламя этой войны, явившейся суровым испытанием для нашего социалистического государства. Гигантская по масштабам и небывалая по напряжению борьба с фашизмом закончилась всемирно-исторической победой героического советского народа, его славных Вооруженных Сил. В грозную пору войны воины Красной Армии и Военно-Морского Флота, защищая честь и независимость своей Родины, перед всем миром продемонстрировали образцы мужества и стойкости, верности идеалам марксизма-ленинизма, преданность родной Коммунистической партии. Вместе с ними с первых же дней войны начали свою исключительно сложную и высокогуманную деятельность во имя спасения сотен тысяч людей и советские военные медики. Их вклад в дело победы над фашистскими захватчиками поистине неоценим.

Вероломное нападение гитлеровской Германии на Советский Союз, вынужденное отступление наших войск в первый период войны поставило военно-медицинскую службу, особенно в приграничных округах, в необычайно тяжелое положение. Дело в том, что к началу войны она не располагала полевыми медицинскими учреждениями, армейскими, флотскими и эвакуационными госпиталями, необходимым транспортом. Поэтому вся тяжесть работы по медицинскому обеспечению внезапно начавшихся боевых действий Красной Армии легла на медико-санитарные батальоны дивизий, войсковые подвижные госпитали стрелковых корпусов и немногочисленные гарнизонные военные госпитали приграничных военных округов.

Задачи были, можно сказать, непосильные, да еще сказывался значительный некомплект медицинского состава. К началу войны по штатам мирного времени медицинские учреждения были укомплектованы врачами только на 77%, фельдшерами — на 64%, фармацевтами — на 66,8%. Особенно остро ощущался недостаток во врачах-специалистах. Потребность в хирургах, например, обеспечивалась только на 52%, в рентгенологах — на 70%, врачах-лаборантах — 45,9%.

В первые же часы войны массированными ударами авиации и танков противнику удалось вывести из строя много медицинских учреждений, уничтожить запасы медикаментов и специального имущества, предназначенного для оказания помощи раненым и обеспечения вновь формируемых госпиталей. Так, например, на Западном фронте в первые два-три дня войны из 26 гарнизонных военных госпиталей выбыли из строя 14. Дислоцированный в районе Минска фронтовой склад, в котором хранилось до 400 вагонов медикаментов и оборудования, был захвачен противником.

В результате быстрого продвижения немецко-фашистских войск на восток было совершенно нарушено плановое отмотобилизование медицинских учреждений в приграничных военных округах. Взять хотя бы госпитали в городах Луцк и Ровно. Они должны были сформировать для 5-й армии Юго-западного фронта 20 полевых медицинских учреждений. А получилось так, что 24 июня 1941 г., не создав ни одного, оба госпиталя свернулись и стали отходить на восток. Через четыре дня, в связи с угрозой занятия Львова, ушел также

Львовский военный госпиталь, успев сформировать только 3 учреждения из запланированных 30. Такое же положение сложилось на Северо-Западном и Западном фронтах. Из предусмотренных планом 253 полевых медицинских учреждений, которые намечалось иметь к 29 июня 1941 г., удалось создать лишь 49 госпиталей или 19%.

В этой обстановке оказание помощи раненым взяли на себя сохранившиеся гарнизонные военные госпитали, загрузка которых с первых же дней войны во много раз превысила их штатные возможности. Так, один из таких госпиталей, рассчитанный на 200 коек, с 22 по 27 июня 1941 г. обслужил около 5 000 раненых.

В невероятно трудных условиях работал медицинский персонал многих других госпиталей во время отхода наших войск, когда началась эвакуация раненых из районов боевых действий. Специального автосанитарного транспорта не было, поэтому раненых вывозили на непригодных для этого автомашинах, а то и просто на повозках, которые удавалось раздобыть в местных колхозах. Эвакуация раненых по железной дороге проводилась в импровизированных, примитивно оборудованных «летучках», так как первые временные военно-санитарные поезда стали поступать в распоряжение военно-медицинской службы только на седьмой-десятый день войны. Все это крайне осложняло работу по оказанию медицинской помощи раненым.

Благодаря громадной организаторской деятельности советского командования, а также героическим усилиям медиков многие госпитали, находившиеся под угрозой захвата противником, в предельно короткий срок были перемещены на восток, в безопасные районы страны, а для действующих фронтов сформировано нужное количество полевых медицинских учреждений. Например, уже в начальный период войны на Юго-Западном фронте развернулись и успешно действовали 116 госпиталей емкостью на 41 000 коек, на Южном фронте — 73 госпиталя на 23 000 коек. Много полевых медицинских учреждений было сформировано на Северо-Западном, Западном и других фронтах.

Заботясь о снабжении войск боевой техникой, горючим, продовольствием, партия и правительство оказывали постоянное внимание медицинскому обеспечению Красной Армии и Военно-Морского Флота. На фронт шло все необходимое для оборудования госпиталей и создания нормальных условий для работы военных медиков. Достаточно сказать, что по сравнению с 1 августа 1941 г. число коек в эвакуационных госпиталях к октябрю увеличилось в 8 раз, а во фронтовом районе к 1 января 1942 г. — почти в 3 раза. И, конечно, сразу же заметно улучшилась лечебно-эвакуационная работа в действующей армии. Врачи, фельдшера, медицинские сестры и санитары отдавали все свои знания и силы для спасения раненых. Сотни тысяч человек были возвращены в строй, продолжали сражаться с врагом.

Но не только за самоотверженный труд и сердечную заботу о раненых и больных заслужили медицинские работники всеобщую любовь и признательность личного состава Советских Вооруженных Сил. Вместе с доблестными советскими воинами они проявляли на

фронтах массовый героизм и отвагу. Под ураганным огнем они выносили раненых с поля боя, нередко рискуя и даже жертвуя своей жизнью ради их спасения.

Коммунистическая партия и Советское правительство высоко поднимали положение военных медиков. Уже в августе 1941 г. санитаров и санитаров-носильщиков за вынос раненых с поля боя вместе с их личным оружием стали награждать орденами и медалями. Спасение раненого приравнивали к проявлению воинской доблести. Это вызвало небывалый подъем среди личного состава медицинской службы. Советские воины были свидетелями героических подвигов, которые ежедневно совершали военные медики.

Так, например, во время Курской битвы в бою за овладение населенным пунктом Ключково мужественно действовал санитарный инструктор Иосиф Матвеевич Петлюк. Тридцать пять раненых вместе с личным оружием вынес он из-под огня противника и оказал им помощь. Неожиданно группа фашистских автоматчиков направилась к месту, где он укрыл раненых воинов. Не раздумывая, санитарный инструктор смело вступил в бой с гитлеровцами. Огнем из автомата и гранатами он отбивал яростные попытки врага захватить раненых до тех пор, пока на выручку не подоспели товарищи. За этот подвиг И. М. Петлюку было присвоено высокое звание Героя Советского Союза.

На другом участке фронта стойкость и бесстрашие проявил личный состав временного военно-санитарного поезда № 1014. Защищая жизнь раненых, воины сбили 3 фашистских самолета, которые, несмотря на опознавательные знаки Красного Креста, бомбили поезд. Указом Президиума Верховного Совета Союза ССР начальник поезда военврач 2-го ранга Иван Антонович Новиков награжден орденом Красной Звезды, техник-интендант 2-го ранга Григорий Трофимович Трофимов и заведующий складом поезда Павел Васильевич Роко-тов — орденами Красного Знамени, пять человек — медалями «За отвагу» и «За боевые заслуги».

Не жалея сил, не зная усталости, работали военные медики в госпиталях. Так, в июле 1942 г. личный состав эвакогоспиталя № 9588 (Брянский фронт) в течение только двух дней принял около 1500 раненых, оказав им необходимую помощь. Разве это не подвиг? Самоотверженный труд военных медиков во имя спасения жизни советских воинов можно без преувеличения назвать героическим.

Военный совет Приморской армии, оценивая работу личного состава медицинской службы в осажденном Севастополе, отмечал, что плечом к плечу со всем составом армии мужественно сражались с врагом врачи, сестры и санитары. Несмотря на полную изоляцию Севастопольского гарнизона, подавляющее число раненых все же удалось эвакуировать в тыл страны. Личный состав медицинской службы армии, верный своему делу и присяге, оставаясь до конца в осажденном городе, погиб почти весь. Земля Севастополя, на которой, медленно истекая кровью, дралась и уничтожала врага Приморская армия, будет вечным свидетелем беззаветного героизма

и глубокой преданности воинскому долгу личного состава армии, в том числе и работников санитарной службы.

История Великой Отечественной войны хранит много примеров мужества и высокого героизма военных медиков. В любой операции, в любом бою они были рядом с воинами, всегда были готовы прийти им на помощь. Вот почему, вручая орден Ленина и медаль «Серп и молот» Герою Социалистического Труда главному хирургу



Вручение М. И. Калининым ордена Ленина и медали «Серп и молот» главному хирургу Советской Армии академику Н. Н. Бурденко. (Репродукция с картины худ. О. П. Левитина).

Советской Армии генерал-полковнику медицинской службы Н. Н. Бурденко 20 мая 1943 г., М. И. Калинин, оценивая это награждение, сказал, что медицинское обслуживание войск стоит в одном ряду с авиационным, артиллерийским обслуживанием, и медицинские работники в рядах армии столь же нужны, как бойцы и командиры.

С первых же дней войны партия и правительство мобилизовали весь народ на оказание помощи медицинской службе Красной Армии и органам здравоохранения в обслуживании раненых и больных воинов. В этом важном деле участвовало свыше 25 000 санитарных дружинниц и около 200 000 активисток, подготовленных еще в мирное время организациями Красного Креста и Красного Полумесяца. В период войны в стране было около 5 500 000 доноров. Нагрудным

знаком «Почетный донор СССР» было награждено более 20 000 чел. Они дали фронту свыше 1 700 000 л крови и помогли спасти жизнь многим тысячам людей.

Благодаря постоянному вниманию и заботам Коммунистической партии и Советского правительства о быстрейшем восстановлении здоровья и боеспособности раненых и больных воинов медицинская служба добилась в годы войны высоких результатов в своей работе. Из общего количества раненых в строй было возвращено 72,3%, а



Снова в строй. (Репродукция с картины худ. М. Д. Натареви́ча).

больных — 90,6%. Об успешной деятельности военных медиков можно судить по следующему факту. Медицинская служба 1-го Украинского фронта лишь за первое полугодие 1944 г. возвратила в строй столько личного состава, что его было достаточно для укомплектования почти 50 дивизий того времени.

Исключительно велика роль военно-медицинской службы в противоэпидемическом обеспечении войск на советско-германском фронте. Среди личного состава армии не было за время войны эпидемий, являвшихся постоянным спутником и бичом войн прошлого. А между тем в связи с временной оккупацией части территории Советского Союза, эвакуацией населения, разрушением многих городов и сел такая опасность существовала постоянно.

Эпидемическая обстановка на фронте и в тылу особенно резко усложнилась в связи с освобождением ряда областей и республик от фашистских захватчиков. Гитлеровское командование создавало условия для возникновения массовых инфекционных заболеваний среди советских граждан. Среди населения на временно оккупированных территориях получили распространение такие инфекционные

болезни, как сыпной и возвратный тиф. Чтобы не допустить их распространения, медицинская служба Красной Армии совместно с органами здравоохранения проделала на освобожденной территории огромную работу. Так, например, в течение января-марта 1944 г. только госпитали 1-го Белорусского фронта взяли на лечение из состава местного населения свыше 10 000 больных сыпным тифом. Силами медицинской службы этого же фронта лишь в феврале 1944 г. было подвергнуто санитарной обработке свыше 200 000 чел.

Благодаря решительным мерам, принятым партией и правительством, а также усилиям военных медиков, удельный вес инфекционных заболеваний личного состава армии и флота на протяжении всей войны не превышал 5—6%. Этому способствовала также общая благоприятная эпидемическая обстановка в стране, которая была создана благодаря успехам советского здравоохранения еще в предвоенные годы.

Огромный вклад в дело медицинского обеспечения Красной Армии в годы Великой Отечественной войны внесла Военно-медицинская ордена Ленина академия им. С. М. Кирова. В предвоенные годы в стенах академии были разрешены на основе научных данных многие проблемы, касающиеся организационных принципов медицинского обеспечения боевых действий войск, военно-полевой хирургии и терапии, гигиены военного труда и других сторон деятельности военно-медицинской службы. В частности, в академии были разработаны основные принципы системы этапного лечения с эвакуацией по назначению, проблемы лечения огнестрельных ран и переливания крови, отморожений и влияния низких температур на организм человека и животных и др.

Десятки ученых академии понесли на фронты Великой Отечественной войны свои знания и богатейший опыт. Многие из них возглавляли ответственные участки медицинского обеспечения войск. Воспитанники и сотрудники академии среди начальников санитарных управлений фронтов и их заместителей составили 71%, среди начальников медицинской службы армий — 61,2%, среди главных хирургов фронтов — 60%.

Среди них были такие талантливые организаторы, как начальник Главного военно-санитарного управления — Е. И. Смирнов, его заместитель — Н. И. Завалишин, начальник медико-санитарного управления ВМФ — Ф. Ф. Андреев, руководители медицинской службы фронтов и флотов — А. Я. Барабанов, А. И. Бурназян, А. С. Георгиевский, К. М. Жуков, А. М. Зотов, И. А. Ключсс, С. А. Семека, П. Г. Столыпин, Н. П. Устинов и многие другие.

Виднейшие ученые страны — сотрудники академии профессора С. С. Гирголав, В. Н. Шамов, Н. Н. Еланский, П. А. Куприянов, М. Н. Ахутин, С. И. Банайтис, В. И. Попов, Е. В. Смирнов, А. В. Шацкий, И. С. Колесников, Т. Е. Болдырев, Ф. Г. Кротков, Д. А. Энтин, П. И. Егоров, М. И. Неменов, Г. А. Смагин, Н. С. Молчанов, В. М. Новодворский и многие другие — стали главными специалистами фронтов, флотов, армий.

В первые послевоенные годы основные усилия советской военной медицины были сосредоточены на обобщении богатейшего

опыта, приобретенного медицинской службой Красной Армии и Военно-Морского Флота в кровопролитных и упорных сражениях с сильным и коварным врагом, каким была фашистская Германия. Результаты этих усилий, обобщения и выводы, критическая оценка итогов работы медицинской службы в годы Великой Отечественной войны были положены в основу научной разработки и дальнейшего совершенствования принципов, форм и методов медицинского обеспечения войск.

Одновременно с этим осуществлялась организационно-штатная перестройка медицинской службы с тем, чтобы привести ее в соответствие с требованиями строительства Вооруженных Сил СССР в мирной обстановке, а также усиленно реализовывались мероприятия по ликвидации санитарных последствий войны.

Последующий огромный прогресс в развитии средств вооруженной борьбы, широкое оснащение Вооруженных Сил СССР ракетно-ядерным оружием и другой сложной техникой поставили перед советской военной медициной много сложных животрепещущих проблем, связанных с медицинским обеспечением войск как в мирное, так и в военное время.

Естественно, что решение проблем патогенеза, клиники и лечения поражений ядерным оружием приобрело в этих условиях для военной медицины особую остроту и актуальность. Нужно было также разработать научно обоснованные формы и методы лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий войск в обстановке одномоментного и массового возникновения санитарных потерь со столь сложной и еще не изученной структурой поражений. Требовали научной разработки многие проблемы гигиенического обеспечения, связанные с радиационной безопасностью, защитой личного состава от вредных влияний электромагнитных полей СВЧ-излучений и других внешних факторов, которые могут оказывать неблагоприятное влияние на здоровье и боеспособность личного состава, обслуживающего новую боевую технику.

После Великой Отечественной войны советская военная медицина решила много сложных проблем, которые были поставлены перед нею в связи с ракетно-ядерным перевооружением Вооруженных Сил СССР, и приобрела в ходе тактико-специальных учений опыт медицинского обеспечения в условиях современных боевых действий.

Переживаемый нами период развития военной медицины связан с коренной реорганизацией Вооруженных Сил СССР, что явилось следствием подлинной революции в военном деле, происшедшей за последнее десятилетие.

Главным видом Вооруженных Сил и основой оборонного могущества Советского Союза стали ракетные войска стратегического назначения, созданные по решению ЦК КПСС. В самостоятельный вид Вооруженных Сил были выделены войска противовоздушной обороны страны. Изменили свое лицо сухопутные войска, Военно-Морской Флот, Военно-Воздушные Силы. Все виды Вооруженных Сил получили на оснащение ракетно-ядерное оружие и другую сложную боевую технику.

Изучение особенностей боевой патологии, разработка эффективных методов диагностики, лечения и профилактики поражений ядерным оружием не потеряли своей актуальности и занимают одно из центральных мест в научной и практической деятельности военно-медицинской службы. Но наряду с этими вопросами перед медицинской службой Вооруженных Сил возникают и многие другие проблемы.

Советская Армия и Военно-Морской Флот продолжают получать на вооружение все более совершенную боевую технику и вооружение. Дальнейшее их совершенствование и использование боевых качеств потребовало научной разработки проблемы психофизиологических возможностей человека. Поэтому глубокое изучение условий военного труда, связанного с эксплуатацией современных весьма сложных боевых машин и комплексов, разработка научно обоснованных нормативов обитаемости и инженерной психологии приобрели весьма актуальное значение для повышения боеспособности Вооруженных Сил СССР. Эти проблемы успешно решаются совместными усилиями врачей-специалистов, конструкторов и инженеров.

За последние годы медицинская наука стала все больше и больше опираться на достижения физики, химии, математики, кибернетики и других точных наук. Широкое внедрение в практику работы полевых медицинских учреждений современных лечебно-диагностических приборов, аппаратов и другого технического оснащения стало одной из насущных забот военной медицины. Успешное использование новой медицинской техники позволяет резко поднять производительность труда медицинского персонала, выполнить минимальными силами и средствами наибольший объем работы, повысить эффективность лечебно-эвакуационных мероприятий, обеспечить сохранение жизни наибольшему числу раненых и больных, сократить сроки лечения и возвращения в строй и более успешно выполнить другие задачи по медицинскому обеспечению войск в ракетно-ядерной войне.

Таким образом, в послевоенный период советская военная медицина, опираясь на преимущества социалистического строя, научный и технический прогресс в стране, на достижения отечественной медицинской науки и здравоохранения, успешно решала сложные проблемы медицинского обеспечения наших славных Вооруженных Сил, получивших на оснащение самое современное оружие и боевую технику, бдительно стоящих на страже мира и безопасности народов стран социалистического лагеря во главе с Советским Союзом.

Самоотверженный труд военных медиков в послевоенный период по научной разработке актуальных проблем военной медицины и реализации научных данных в практике военного здравоохранения высоко оценен нашей партией и правительством.

Главному хирургу Вооруженных Сил генерал-полковнику медицинской службы А. А. Вишневному присвоено звание Героя Социалистического Труда, в числе других ученых он удостоен также Ленинской премии. За большие заслуги в развитии медицинской науки звание Героя Социалистического Труда присвоено генерал-лейтенанту медицинской службы В. И. Воячеку, генерал-лейтенанту

медицинской службы П. А. Куприянову, генерал-лейтенанту медицинской службы Е. Н. Павловскому. Профессора Военно-медицинской ордена Ленина академии имени С. М. Кирова генерал-лейтенанты медицинской службы П. А. Куприянов и В. Н. Шамов, генерал-майор медицинской службы И. С. Колесников и заслуженный деятель науки К. Л. Хиллов за разработку актуальных проблем хирургии удостоены Ленинской премии.

За успешную научную и педагогическую деятельность многие удостоены почетного звания заслуженного деятеля науки, в их числе профессора Военно-медицинской ордена Ленина академии имени С. М. Кирова И. С. Колесников, А. Н. Максименков, И. И. Рогозин, Е. В. Смирнов. За самоотверженную работу на ниве военного здравоохранения только в 1964—1965 гг. 12 военных врачей награждены орденами и медалями нашей Родины, более 100 военных врачей получили звание заслуженного врача Республики.

В результате напряженных усилий многочисленного коллектива военных медиков, повседневного внимания, помощи и заботы Коммунистической партии, Советского правительства и военного командования за послевоенные годы создана хорошая база для дальнейшего прогресса советской военной медицины и решения сложных задач, которые выдвигаются жизнью в связи с продолжающимся развитием военного дела, ростом боевой мощи Вооруженных Сил СССР.

Опыт второй мировой войны в целом и Великой Отечественной войны советского народа, как ее важнейшей и решающей части, с исключительной убедительностью подтвердил вполне определенную тенденцию войн XX столетия, выражающуюся в резком увеличении масштабов потерь в людях, разрушении и уничтожении огромных материальных ценностей.

В этих условиях роль и значение мероприятий по медицинскому обеспечению войск, направленных на быстрейшее восстановление здоровья раненых и больных и возвращение их в строй в возможно короткие сроки, приобретает значение важнейшего фактора достижения победы над врагом и ставит медицинское обеспечение в один ряд с наиболее актуальными проблемами боевого обеспечения Вооруженных Сил. В обстановке современной войны эти выводы приобретают еще большее значение, настоятельно подчеркивая важность создания оптимальных материально-технических и организационно-штатных условий, необходимых для высокоэффективного медицинского обеспечения боевых действий всех видов Вооруженных Сил, проводимых в условиях широкого применения средств массового поражения.

Предлагаемые вниманию читателя «Очерки истории советской военной медицины» представляют собой труд, в котором впервые в нашей историко-медицинской литературе систематизированы важнейшие события и факты, характеризующие основные этапы развития советской военной медицины за 50 лет ее существования. В этом труде освещены наиболее важные вопросы развития теории и практики медицинского обеспечения Советских Вооруженных Сил в мир-

ное и военное время, подготовки военно-медицинских кадров, деятельности различных военно-медицинских учреждений.

Разумеется, в любом подобном труде обобщающего характера не представляется возможным сколько-нибудь подробно изложить историю развития всех отраслей советской военной медицины. Поэтому в «Очерках» основное внимание уделяется развитию и совершенствованию системы и принципов медицинского обеспечения Вооруженных Сил СССР и изложению основных направлений, характеризующих организационное строительство самой военно-медицинской службы.

При этом большое внимание уделено материалам, раскрывающим процесс возникновения и организационного оформления советской военной медицины, а также работу медицинской службы в период гражданской войны и особенно в годы Великой Отечественной войны. В «Очерках» приведены конкретные фактические данные, показывающие огромные трудности, которые приходилось преодолевать медицинскому составу Красной Армии и Военно-Морского Флота при решении задач, стоявших перед военной медициной. Многие страницы книги посвящены мужеству и героизму, проявленному в военное время военно-медицинскими работниками при выполнении своих обязанностей.

В труде изложен ряд фактов и событий, убедительно свидетельствующих о повседневном внимании и заботе Коммунистической партии, Советского правительства и лично В. И. Ленина о здоровье героических воинов наших Вооруженных Сил. С первых дней своего возникновения советское военное здравоохранение постоянно ощущало эту заботу и, широко используя преимущества нашего общественного и государственного строя, успешно решало исключительно сложные и трудные задачи, которые поставила перед ним история.

За 50 лет своего существования военно-медицинская служба Советской армии и Военно-Морского Флота накопила богатый и разносторонний опыт организации медицинского обеспечения боевых действий войск в операциях, проводимых на театрах военных действий, характеризующихся резко отличными медико-географическими особенностями. Вниманию читателя предлагаются материалы, позволяющие правильно оценить эти особенности с учетом современных требований и задач, которые могут быть поставлены перед войсками и медицинской службой при действиях в аналогичных условиях.

Формы и методы организации медицинского обеспечения боевых действий войск подвержены непрерывным изменениям, направление которых определяется развитием военного искусства и медицинской науки. В «Очерках» дан яркий и убедительный анализ этой зависимости на конкретных примерах многочисленных боев, сражений и операций, которые вели наши Вооруженные Силы на различных этапах своей истории.

В ходе Великой Отечественной войны медицинская служба Советской Армии и Военно-Морского Флота благодаря помощи Коммунистической партии и Советского правительства успешно реализовала наиболее прогрессивную систему организации медицинского обес-

печения — этапное лечение с эвакуацией по назначению. История не знает примеров, когда бы в таких огромных масштабах были осуществлены эффективные лечебно-эвакуационные мероприятия, основанные на последних достижениях медицинской науки. В материалах «Очерков» на конкретных событиях и фактах дан исчерпывающий анализ мероприятий по организации управления и руководства медицинской службой, обеспечивающих реализацию системы этапного лечения с эвакуацией по назначению.

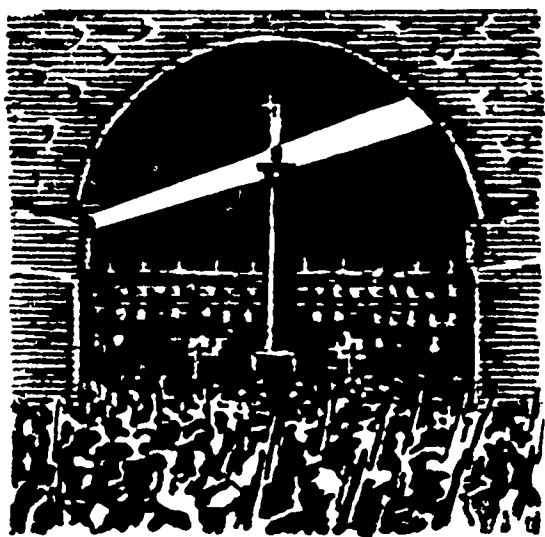
Революционный переворот в военном деле, связанный с появлением ракетно-ядерного оружия, а также коренными качественными изменениями в техническом оснащении наших Вооруженных Сил, поставил перед военно-медицинской службой новые сложные проблемы в области организации медицинского обеспечения боевых действий в условиях ракетно-ядерной войны. Эти проблемы должны решаться с учетом и критической оценкой богатого и разностороннего опыта, накопленного медицинской службой наших Вооруженных Сил. В «Очерках» дан обширный и содержательный материал, характеризующий этот опыт и позволяющий на основе его всестороннего критического анализа найти правильные пути для решения исключительно сложных проблем медицинского обеспечения боевых действий Вооруженных Сил СССР в условиях ракетно-ядерной войны, если она будет развязана империалистами.



1917 - июнь 1918

Глава I

ВОЗНИКНОВЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ И НАЧАЛО ЕЕ ОРГАНИЗАЦИОННОГО СТАНОВЛЕНИЯ



26 июля 1917 г. в Петрограде открылся VI съезд партии большевиков, в решениях которого было сказано, что власть в руки пролетариата и беднейшего крестьянства может

перейти только путем вооруженного восстания, путем свержения диктатуры буржуазии. Между 12 и 14 сентября 1917 г. В. И. Ленин написал исторические письма Центральному, Петроградскому и Московскому комитетам партии большевиков: «Большевики должны взять власть» и «Марксизм и восстание», в которых был намечен конкретный план подготовки восстания.

Руководствуясь этим гениальным планом вождя революции, Центральный Комитет приступил к подготовке восстания. Военной организации при ЦК было поручено ускорить создание отрядов Красной гвардии. В Петрограде были созданы курсы для подготовки инструкторов военного дела. Рабочие обучались владеть оружием. Большевики Балтийского флота получили указание подготовить флот к участию в восстании.

7 октября 1917 г. нелегально из Финляндии в Петроград прибыл В. И. Ленин. 10 октября 1917 г. состоялось заседание Центрального Комитета, утвердившего резолюцию В. И. Ленина о немедленной подготовке вооруженного восстания. Органом проведения восстания в столице стал Военно-революционный комитет (ВРК), созданный по предложению ЦК партии при Петроградском Совете. В его состав в последующем был включен Военно-революционный центр ЦК партии по руководству восстанием в составе А. С. Бубнова, Ф. Э. Дзержинского, Я. М. Свердлова, И. В. Сталина, М. С. Урицкого.

«Организацией восстания руководил В. И. Ленин. Он вызывал к себе членов Военно-революционного комитета, слушал отчеты о принятых мерах, проверял, все ли сделано, чтобы обеспечить победу восстания. В. И. Ленин давал указания по выработке детального плана восстания, укреплению и вооружению Красной гвардии. К нему приходили большевики, работавшие в армии и Балтийском флоте, и получали указания об использовании флота и вызове с фронта революционных частей; приезжали представители Москвы, сообщавшие о положении в городе и области»¹.

Главной боевой силой восстания являлись отряды рабочей Красной гвардии. Славу победы разделяли с ними моряки Балтийского флота. Вместе с красногвардейцами и моряками успешно дрались революционные полки Петроградского гарнизона. Отряды Красной

¹ История КПСС. Изд. 2 дополненное. М., 1963, стр. 245.

гвардии формировались по указанию партии большевиков на всех крупных фабриках и заводах Петрограда еще во время Февральской революции¹. Особенно большой размах работа по созданию Красной гвардии получила после VI съезда большевистской партии. Последующее объединение вооруженных отрядов промышленных предприятий в единые районные отряды Красной гвардии поставило вопрос и об организации их медицинского обслуживания. Рассчитывать на медицинскую помощь со стороны Российского Общества Красного Креста и других организаций буржуазной медицинской общественности было невозможно, так как враждебная позиция последней отчетливо определялась еще в дни подавления Временным правительством июльской демонстрации рабочих Петрограда и во время борьбы с корниловщиной.

Поэтому под руководством большевиков возникла и постепенно крепла новая рабочая медицинская общественность, которая вынесла основную тяжесть оказания медицинской помощи борцам Великой революции. Ядром этой общественности явились санитарные отряды, объединившиеся вскоре в Пролетарский Красный Крест. Санитарные отряды организовывались самими рабочими одновременно с Красной гвардией не только в Петрограде, но и в других городах России. Обычно они создавались при районных штабах Красной гвардии с задачей обеспечивать санитарное благополучие красногвардейцев своего района, а также оказывать медицинскую помощь раненым в случае начала боевых действий. Необходимость таких санитарных отрядов предусматривалась уставами Красной гвардии, принятыми на ее районных конференциях. Например, согласно решению Выборгской районной конференции Петрограда 7 октября 1917 г. штаб Красной гвардии стал центром, который «...должен был организовать санитарные отряды»².

24 сентября Петроградский комитет РСДРП(б), обсуждая вопрос о Красной гвардии, о подчинении ее Советам³, вынес решение, согласно которому Центральная комендатура — высший орган Красной гвардии Петрограда — и ее районные штабы были подчинены соответственно городскому и районным Советам. Ряд распоряжений, в том числе и по вопросам организации медицинской помощи, отдавался от имени последних.

Так, комиссия по организации боевых дружин, созданная при исполкоме Выборгского районного Совета в конце сентября 1917 г. разослала по заводам опросный лист, в 14-м пункте которого спрашивалось: «В каком положении санитарная помощь, бывают ли занятия». Заводской комитет «Эриксона» сообщил, что для оказания медицинской помощи имеется «...15 женщин, 1 фельдшер, 3 легковые автомашины и 1 малый грузовик»⁴. В первых числах октября 1917 г.

¹ Р. В. Серднак, А. И. Алексеев. Из истории Красной гвардии Петрограда. «Исторический архив», 1957, № 5, стр. 119.

² Октябрьское вооруженное восстание в Петрограде. Сборник документов. Л., 1956, стр. 217.

³ Первый легальный Петербургский комитет большевиков в 1917 году. 1927, стр. 285.

⁴ «Исторический архив», 1957, № 5, стр. 140.

в отчетных данных по 22 фабрикам и заводам о числе рабочих, красногвардейцев, о количестве вооружения и транспорта встречаются сведения и о «санитарном обеспечении», которые интересовали вышестоящие партийные и советские органы¹.

12 октября 1917 г. на заседании исполнительного комитета Петроградского Совета было создано гарнизонное совещание — орган Военно-революционного комитета Петроградского Совета. В состав его входили представители воинских частей, что позволило последним через большевистские полковые комитеты, в составе которых были и военные медики, привлечь на свою сторону медицинский персонал революционных воинских частей. На сторону революции перешли в первую очередь младшие и средние медицинские работники. Многие из них вместе с революционными войсками Петроградского гарнизона активно участвовали в вооруженном восстании и в последующих боях, успешно оказывая помощь раненым солдатам.

После образования Военно-революционного комитета санитарные отряды Красной гвардии Петрограда, составленные главным образом из работниц питерских фабрик и заводов, наспех обученных приемам оказания первой помощи раненым и больным, были объединены в самостоятельную рабочую организацию — Пролетарский Красный Крест. Эта организация была оперативно подчинена санитарному отделу штаба Красной гвардии Выборгского района. Заведовал санитарным отделом рабочий Д. Ф. Корнев, его заместителем была студентка психоневрологического института Т. А. Фортунатова. Основной базой снабжения Пролетарского Красного Креста был Центральный пункт скорой медицинской помощи при штабе Красной гвардии Выборгского района. Он размещался на углу Лесного проспекта и Выборгской улицы (д. 18, кв. 3). Средства на оборудование Центрального пункта скорой медицинской помощи были отпущены штабом Красной гвардии и Советом Выборгского района. Завод военно-врачебных заготовлений (ныне краснознаменный завод «Красногвардеец») выдал пункту несколько ящиков перевязочных материалов, из которых на месте были изготовлены индивидуальные пакеты².

На Центральном пункте скорой помощи Выборгского района, в самом Смольном, а также на фабриках и заводах под руководством преданных делу революции врачей, студентов-медиков, фельдшеров и медицинских сестер было обучено приемам оказания первой помощи несколько сот работниц и жен рабочих. Как вспоминает участник Великой Октябрьской социалистической революции А. Афанасьев, на заводе в Сестрорецке, одновременно с подготовкой отрядов Красной гвардии по военному делу, происходило обучение молодых работниц оказанию первой помощи раненым. Вместе с отрядами Красной гвардии работницы-санитарки фабрик и заводов принимали участие и в штурме Зимнего дворца³.

¹ Из истории Красной гвардии Петрограда. «Исторический архив», 1957, № 5, стр. 142.

² ЦГАОР, ф. 1236, оп. 1, д. 43.

³ А. Афанасьев. Красная гвардия Сестрорецка. В сб.: В дни Великой пролетарской революции. М., 1937, стр. 150.

Участница Октябрьского вооруженного восстания работница завода военно-врачебных заготовлений Татьяна Граф вспоминает, что работницы этого завода, желая «...вложить и свою долю участия в великое дело Октября... предложили организовать при заводе лекции для работниц всего района... Выделяются делегатки с завода „Дека“, 1-й Государственной типографии, с завода „Лоренца“ и многих других предприятий — лекции организованы. Теперь уже на всех почти заводах несут дежурства работницы в качестве санитарок с необходимым перевязочным материалом. И ни один отряд не отправляется в районный Совет без санитарки»¹.

Все это свидетельствует о том, что Пролетарский Красный Крест и его санитарные отряды сыграли большую роль в организации медицинского обеспечения Красной гвардии в дни Октябрьского восстания. Пролетарский Красный Крест свою работу осуществлял в тесном контакте с медико-санитарным отделом Военно-революционного комитета, который, по свидетельству М. И. Барсукова, фактически стал действовать уже 24 октября, но юридическое свое оформление получил в ночь на 26 октября.

Военно-революционный комитет Петроградского Совета внимательно следил за тем, чтобы медицинская помощь бойцам Красной гвардии своевременно оказывалась. Так, например, согласно телефограмме Петроградского Совета и Военно-революционного комитета исполком Совета Выборгского района и штаб Красной гвардии предложили предприятиям «...немедленно взять на учет все амбулаторные средства и установить дежурства в амбулаториях»².

Одновременно штаб Красной гвардии Выборгского района, исходя из приказа Военно-революционного комитета и Петроградского Совета (№ 1219), потребовал, чтобы заводские комитеты имели необходимое количество медикаментов и перевязочных средств. Комитетам вменялось в обязанность «...немедленно представить в санитарный пункт при штабе Выборгского района... все имеющиеся при заводе медикаменты и перевязочный материал...»³.

Обращение Военно-революционного комитета «К населению Петрограда», опубликованное в специальном листке 23 октября 1917 г., с сообщением о назначении комиссаров «при воинских частях и особо важных пунктах столицы и ее окрестностей» явилось замечательным тактическим шагом, позволявшим Смольному держать в своих руках все нити восстания.

Смольный, в котором находился Центральный Комитет большевистской партии, был подлинным боевым штабом восстания, откуда шли директивы Военно-революционного комитета на рабочие окраины и в воинские части. В последние часы, предшествующие началу восстания, народ шел в Смольный неудержимым стремительным потоком. Формирование отрядов Красной гвардии принимало массовый характер. В нижнем этаже Смольного работал Пролетарский Красный

¹ Т. Граф. Об Октябрьской революции. «Красная летопись», 1923, № 6, стр. 164.

² ГАОРСС ЛО, ф. 1633, д. 8-а, оп. 2, л. 3—4.

³ Там же.

Крест. Шла запись в санитарные отряды работниц и шло обучение элементарным приемам оказания первой помощи раненым.

24 октября 1917 г. председательствовавший на заседании Военно-революционного комитета П. Е. Лазимир прислал записку на имя военного врача большевика М. И. Барсукова, работавшего в Смольном, следующего содержания: «Военно-революционный комитет Петроградского Совета рабочих и солдатских депутатов поручает тов.



Санитарный отряд, сформированный в Смольном для оказания медицинской помощи Красной гвардии. 1917 г.

Михаилу Ивановичу Барсукову организацию медицинской помощи. Всем оказывать ему надлежащее содействие»¹. Этим самым Военно-революционный комитет положил начало созданию своей медицинской организации, которая должна была оказывать медицинскую помощь раненым красногвардейцам и восставшим солдатам и рабочим.

Связавшись с Пролетарским Красным Крестом, с ее активным работником Т. А. Фортунатовой, М. И. Барсуков по указанию Военно-революционного комитета составил план ближайших действий и наметил ряд пунктов, куда следовало направить в первую очередь санитарные отряды Пролетарского Красного Креста.

Поздно вечером, 24 октября, преследуемый ищейками Временного правительства, с риском для жизни прибыл в Смольный В. И. Ленин. Рабочие, солдаты, матросы, работники Смольного востор-

¹ Фотокопия записки (Фонды ВММ).

женно приветствовали вождя революции. 25 октября 1917 г. весь Петроград читал обращение Военно-революционного комитета «К гражданам России», написанное Владимиром Ильичом. В. И. Ленин в кратких словах приветствовал народы России с начавшейся социалистической революцией, с переходом власти «в руки органа Петроградского Совета рабочих и солдатских депутатов — Военно-революционного комитета, стоящего во главе петроградского пролетариата и гарнизона». Вместе с тем В. И. Ленин намечал и задачи, решение которых обеспечивала победоносная пролетарская революция: «немедленное предложение демократического мира, отмена помещичьей собственности на землю, рабочий контроль над производством, создание Советского правительства...»¹.

Утром, 25 октября, согласно намеченному плану, первые санитарные отряды Пролетарского Красного Креста были направлены в район Зимнего дворца, в котором укрылось Временное правительство, на Невский проспект, на вокзалы. Медицинская помощь революционным войскам и матросам, принимавшим участие в штурме Зимнего дворца, оказывалась отрядами Пролетарского Красного Креста и медиками воинских частей, перешедших на сторону революции.

Организация медицинской помощи морякам Кронштадтского сводного отряда, принимавшего участие в штурме Зимнего, осуществлялась под руководством военно-технической комиссии исполкома Кронштадтского Совета и лично врачом Л. А. Брегманом. Для этой цели в состав отряда были включены: санитарная команда из 30 чел. и подразделение Кронштадтского морского госпиталя из 20 чел. Медицинская помощь оказывалась фельдшерами и санитарями, находившимися в составе боевых колонн моряков. У каждого из них, как вспоминает фельдшер 2-го Балтийского флотского экипажа Ф. П. Еремичев, «...через плечо была санитарная сумка, набитая перевязочным материалом, были шприцы, камфара, морфий, йод, жгут и косынки». На первом этаже гостиницы «Астория» в ходе восстания Ф. П. Еремичевым и его санитарями был организован пункт первой помощи. Раненых эвакуировали в морской госпиталь, где им оказывалась хирургическая помощь и лечение.

Вместе с боевыми кораблями, прибывшими в Петроград для участия в штурме Зимнего дворца, 25 октября, в середине дня, прибыла и яхта «Зарница», которая шла под флагом Красного Креста. Она должна была своевременно обеспечивать неотложную медицинскую помощь раненым из отряда моряков, принимавшего участие в вооруженном восстании.

Одновременно с отрядами Красной гвардии на штурм Зимнего дворца шли и работницы-санитарки, обученные оказанию первой помощи раненым. В амбулаториях и на медицинских пунктах заводов и фабрик дежурили «красные» сестры, студентки-медики и сестры милосердия для оказания первой помощи легкораненым. Тяжелораненые в сопровождении «красных» сестер после наложения первичной повязки направлялись в гражданские лечебные учреждения.

¹ В. И. Ленин. К гражданам России. Полное собрание сочинений, т. 35, стр. 1.

Медицинскую помощь раненым солдатам и матросам революционных полков, принимавших участие в вооруженном восстании, оказывал медицинский состав этих частей. Общее число раненых, по данным Е. Ф. Ерыкалова, достигало 50—60 чел. Нуждавшиеся в длительном лечении направлялись в военные и морские госпитали¹.



М. И. Барсуков.

Гражданские медицинские учреждения в дни восстания нередко отказывались принимать раненых красногвардейцев. Поэтому в ходе боев пришлось открыть лазарет в Смольном и госпиталь в казармах Московского полка. Часть легкораненых красногвардейцев после наложения им в ходе боя первичной повязки продолжали амбулаторное лечение в медпунктах фабрик и заводов. По свидетельству участников восстания, некоторые раненые красногвардейцы, не прибегая к помощи медицинских работников, лечились дома.

В ночь с 25 на 26 октября под ударами восставших пал Зимний дворец — последний оплот буржуазного Временного правительства. В ту же ночь Военно-революционный комитет передал власть только что от-

крывшемуся II Всероссийскому съезду Советов. Съезд принял декреты о мире и земле и образовал первое рабоче-крестьянское правительство — Совет Народных Комиссаров. Председателем Совета был утвержден В. И. Ленин.

Когда задача непосредственного обслуживания раненых на улицах Петрограда до известной степени была разрешена, перед Военно-революционным комитетом встал вопрос об общем руководстве делом здравоохранения, так как в то время общероссийский центр по руководству медико-санитарным делом в стране еще отсутствовал. Это заставило Военно-революционный комитет 26 октября 1917 г. создать медико-санитарный отдел, которому поручалось не только

¹ Е. Ф. Ерыкалов. Коммунистическая партия — организатор победы октябрьского вооруженного восстания в Петрограде в 1917 г. Л., 1964, стр. 39.

организовать оказание медицинской помощи восставшим рабочим и солдатам, но и возглавить коренную перестройку медико-санитарного дела в стране на советских началах. Главным комиссаром и руководителем отдела был назначен врач-большевик М. И. Барсуков¹.

Вскоре после 25 октября состоялась первая встреча руководства медико-санитарного отдела с В. И. Лениным. Указания В. И. Ленина, данные медико-санитарному отделу, явились программой действий, на основе которой начало строиться советское здравоохранение.

Вождь революции В. И. Ленин указал руководству медико-санитарного отдела на общественный характер и политическое значение советского здравоохранения, на его классовую сущность. В. И. Ленин подчеркнул, что новая советская общественность в лице рабочих и крестьян в отличие от старого земского цензового представительства должна принять активное участие в строительстве здравоохранения.

В. И. Ленин предостерегал от слишком большой поспешности с образованием Народного комиссариата здравоохранения. Признавая целесообразность иметь в Республике Советов высший государственный орган по руководству здравоохранением, В. И. Ленин предлагал сначала организовать на местах медико-санитарные отделы Советов с широким участием в них рабочих и крестьян, провести среди трудящихся разъяснительную работу о целесообразности государственного центра здравоохранения, накопить необходимый опыт и уже затем приступить к решению вопроса о Народном комиссариате здравоохранения.

В. И. Ленин указал также на необходимость собрать как в самом медико-санитарном отделе Военно-революционного комитета, так и вокруг него врачей, положительно относящихся к Советской власти, расколоть Общество русских врачей в память Н. И. Пирогова и использовать его революционную часть для строительства советского здравоохранения. Такая тактика по отношению к так называемым общественным медицинским организациям дореволюционной России обуславливалась необходимостью изоляции их реакционного руководства и привилегированной врачебной верхушки, занявших откровенно враждебную позицию по отношению к Советской власти, от остальной массы врачей.

Приступая в первые дни после победы революции к объединению советски настроенных медицинских работников, медико-санитарный отдел Военно-революционного комитета одновременно повел ожесточенную борьбу против саботажа медицинских работников, создавая врачебные коллегии в народных комиссариатах, в распоряжении которых имелись медицинские учреждения. Была начата также и подготовительная работа по организации на местах медико-санитарных отделов при Советах рабочих и солдатских депутатов под лозунгом единой медицины.

Угроза нападения врага на красную столицу заставляла продолжать формирование санитарных отрядов Пролетарского Красного Креста. Был поставлен также вопрос о назначении комиссара, облеченного всей полнотой власти, в Главное военно-санитарное управление.

¹ Донесения комиссаров Петроградского ВРК, М.—Л., ИМЛ, 1957, стр. 246—251.

Он должен был, имея постоянный контакт с медико-санитарным отделом и Народным комиссариатом по военным делам, обеспечить правильное функционирование военно-медицинских учреждений Республики. Большого внимания к себе требовала и организация единого профсоюза медицинских работников, стоявших на платформе Советской власти.

Сложны и трудны были задачи, поставленные В. И. Лениным, по революционной перестройке медико-санитарного дела. Врачебные силы, объединившиеся в Смольном, были крайне малочисленны. М. И. Барсуков, В. М. Бонч-Бруевич (Величина), А. Н. Винокуров, Т. А. Фортунатова, А. Л. Беркович, М. Г. Вечеслов, М. В. Головинский, М. М. Балонов — вот первоначальное ядро работников медико-санитарного отдела Военно-революционного комитета.

* *
*

В то время, когда в Петрограде в дни Октябрьского восстания уже действовал медико-санитарный отдел Военно-революционного комитета, в Москве такого объединяющего центра не было. Руководство медицинской помощью в Москве в дни вооруженной борьбы за власть Советов принадлежало районным военно-революционным комитетам и городским управам; они помогали Красной гвардии создавать санитарные отряды. При Московском Военно-революционном комитете был создан рабочий Красный Крест, состоявший также, как и в Петрограде, главным образом из работниц московских фабрик и заводов.

В период подготовки и проведения вооруженного восстания в Москве работала группа врачей-большевиков: Н. А. Семашко, З. П. Соловьев, М. Ф. Владимирский, И. В. Русаков, В. А. Радус-Зенькович, В. А. Обух, Б. С. Вейсброд, С. Н. Волконская, Р. М. Азарх, Л. С. Боголепова и др. Все они принимали активное участие не только в самом восстании, но и в организации медицинской помощи отрядам Красной гвардии в Октябрьские дни.

При Военно-революционном комитете Московского Совета, по свидетельству Р. М. Азарх и С. Н. Волконской, медицинскими работниками Симоновской и Сокольнической районных управ был развернут лазарет в здании Моссовета, который возглавил М. И. Баранов. Здесь раненым оказывали медицинскую помощь, после чего легко-раненые возвращались на боевые позиции. Районные Военно-революционные комитеты для оказания медицинской помощи раненым красногвардейцам и революционным войскам назначали наиболее опытных, преданных революции медицинских работников. При районных управах, военно-революционных комитетах и штабах Красной гвардии создавались медицинские центры; содержание и размах деятельности этих центров зависели от той роли, которую играли районы в вооруженном восстании, от количества отрядов Красной гвардии и революционных войск, принимавших участие в разгроме сил противника, от активности боевых действий. Эти центры по руководству медицинской службой в разных районах носили различные названия:

«Красный Крест», «Рабочий Красный Крест», «Санитарная часть», «Санитарный отряд», «Лазарет». Несмотря на различие их названий, все они представляли собой рабочие санитарные отряды, деятельность которых направлялась преданными революции врачами, возглавлявшими медицинские центры при военно-революционных комитетах, управах и штабах Красной гвардии.

В период вооруженного восстания такие санитарные отряды из рабочих были созданы на «Трехгорной мануфактуре», заводе Тиль-



Члены большевистской управы Хамовнического района Москвы в период вооруженного восстания. 1917 г. Слева направо: А. И. Богомолов, Л. А. Саврасов, Телепнев, председатель управы З. П. Соловьев, Я. И. Лебедев, М. П. Бойков.

манса, фабриках «Караван», Эйнем («Красный Октябрь»), «Поставщик», Брокар, Даниловская мануфактура, Перлова, Абрикосова и многих других.

В Москве, в Хамовниках (ныне Фрунзенский район), медицинской помощью руководил З. П. Соловьев, который был председателем районной городской управы. За несколько дней до 25 октября 1917 г. З. П. Соловьевым совместно с Л. С. Боголеповой был составлен план важнейших мероприятий по обеспечению предстоящих боев и намечены места, где следовало организовать медицинские пункты в момент восстания, заранее обеспечив их персоналом и медицинским имуществом. Главным медико-санитарным штабом, во главе которого стояла Л. С. Боголепова, была студенческая столовая на Девичьем поле. З. П. Соловьев, вспоминая боевые Октябрьские дни 1917 г. в Хамовниках, говорил, что на всех предприятиях района были организованы из рабочих, а отчасти и из рабочих, санитарные дружины,

несшие дежурства на пунктах и выделявшие «перевозные летучки» на линию боя.

О работе одной из санитарных «летучек» вспоминает Л. С. Боголепова¹. В ночь с 28 на 29 октября санитарная летучка в составе сестры А. Охапкиной, двух работниц-санитарок с Второвского завода и нескольких мужчин, находясь на участке боевых действий, оказывала первую помощь раненым у Ушаковского переулка. Под огнем противника были наложены повязки раненым у Зачатьевского монастыря, близ Пречистенских ворот. Санитарные посты, развернутые на путях движения отрядов Красной гвардии, оказывали помощь отдельным раненым. Один из таких постов находился на углу Трубного и Долгого переулков, он состоял из «двух санитаров с носилками»².

Санитарные отряды, санитарные пункты и посты в период вооруженного восстания часто возглавлялись медицинскими сестрами или студентами-медиками. Участница октябрьских боев студентка-медичка Е. С. Попова, выступая со своими воспоминаниями на Высших женских курсах 6 ноября 1921 г., сказала: «...санитарная же часть была в руках работниц...»³

В Сокольниках, где во главе районной управы стоял И. В. Русаков, был также организован перевязочный пункт и под его руководством действовало три санитарных отряда, составленных из работниц района.

Врач-большевик И. В. Русаков вынес основную тяжесть работы по организации и руководству медицинской помощью раненым в этом районе⁴. В ходе вооруженного восстания под его руководством была создана медицинская организация района — Красный Крест. Деятельное участие в создании санитарной части (Красного Креста) района принимали С. Н. Волконская и Смирнов⁵.

После создания районного военно-революционного комитета руководство медицинской помощью раненым было сконцентрировано при комитете. Смирнов развернул весьма активную деятельность по созданию санитарных отрядов, которые оказывали первую помощь раненым в боевых рядах Красной гвардии.

В Симоновском районе при районной управе еще 22 октября 1917 г. были приняты меры по организации санитарной помощи⁶ на случай возникновения вооруженных боев. Организованный 25 октября Военно-революционный комитет предложил врачу Р. М. Азарх возглавить медицинскую помощь раненым в районе. Больница и амбулатория Калитниковского беженского поселка являлись здесь районным

¹ Л. Боголепова. Медико-санитарный штаб в Октябрьские дни. «За новый быт», 1927, 19—20, стр. 10.

² А. Охапкина. Февраль — октябрь в Хамовниках. В сб.: Октябрь в Хамовниках. 1917 г. М., 1927, стр. 130—131.

³ Е. С. Попова. В Хамовниках. В сб.: Октябрьские дни в Москве и районах. М., «Московский рабочий», 1922, стр. 111—114.

⁴ Ефремов и др. Сокольнический район в Октябре. В сб.: Октябрьские дни в Сокольническом районе. М., «Красная Новь», 1922, стр. 12, 17—19.

⁵ Там же.

⁶ Р. Азарх. Октябрь в Москве. М., «Пролетарский путь», 1923.

центром медицинской помощи раненым в период вооруженного восстания¹.

В Благущее-Лефортовском районе при штабе Красной гвардии был создан рабочий Красный Крест², во главе которого стоял перешедший на сторону революции военный врач Перфильев³. Под его руководством работали сестры милосердия (в частности сестра Дикарева), работницы-санитарки заводов. В Суцеево-Марьинском (Бауманском) районе по распоряжению Военно-революционного комитета врач Меркулов вместе с прибывшим с фронта военным врачом Щербаковым развернул санитарную часть⁴ для организации помощи раненым. Попытка получить в существовавшем Покровском распределителе необходимое количество обслуживающего персонала не дала положительных результатов, пришлось воспользоваться помощью медицинских работников фабрик и заводов района.

В кинотеатре «Олимпия» (позже клуб «Коммуна») по Александровской улице, где находился Военно-революционный комитет и штаб Красной гвардии Суцеево-Марьинского района, был организован перевязочный пункт⁵.

Под руководством старшей сестры милосердия Вайнберг на Нижней Масловке, где боевые действия носили особенно ожесточенный характер, был развернут санитарный пункт, который в дни боев в Суцеево-Марьинском районе работал с большим напряжением, так как поступало много раненых. Один из таких санитарных отрядов возглавляла медицинская сестра А. И. Цецум, которая оказывала помощь раненым сначала на Неглинной улице, потом на Малой Бронной у Никитских ворот⁶. Наряду с санитарными отрядами создавались и санитарные «летучки», которые выполняли отдельные небольшие задания. Как и санитарные отряды, они совершали обходы улиц района, участков боевых действий и при обнаружении раненых оказывали им помощь.

Незадолго до Октябрьского вооруженного восстания организация медицинской помощи отрядам Красной гвардии Городского района была поручена медицинским сестрам Тихомировой и Гранштейн. С этой целью ими были созданы санитарные отряды, которые оказывали в дни восстания помощь раненым красногвардейцам.

В Красно-Пресненском районе организация медицинской помощи была возложена на рабочий Красный Крест, созданный при Военно-революционном комитете 29 октября 1917 г.⁷. Боевые действия в районе начались 30 октября на участке Б. Никитской и Поварской улиц. В связи с успешным продвижением отрядов Красной гвардии санитарная часть Красного Креста была перемещена на Кудринскую

¹ Р. Азарх. Октябрь в Москве. М., «Пролетарский путь», 1923.

² Розенштейн. В Благущее-Лефортовском районе. В сб.: Октябрьское восстание в Москве. М., 1922, стр. 104—105.

³ Там же.

⁴ Меркулов. Санитарная работа. В сб.: Октябрьские дни в Москве и районах. М., «Московский рабочий», 1922, стр. 124—125.

⁵ М. Ходоровский. В Суцеево-Марьинском районе. В сб.: Октябрьское восстание в Москве. М., 1922, стр. 119.

⁶ А. И. Цецум. В бою. В сб.: Октябрь на Пресне. М., 1922, стр. 90.

⁷ Калачев. Пресня в Октябре. В сб.: Октябрь на Пресне. М., 1922.

улицу, ближе к месту боев. Одновременно с этим «летучие» санитарные отряды рабочего Красного Креста оказывали медицинскую помощь раненым красногвардейцам непосредственно в боевых порядках.

Санитарный отряд Замоскворецкого района оказывал медицинскую помощь раненым, разместившись на Средней Остоженке¹. Главный перевязочный пункт и санитарные «летучки»² разместились в Коробейниковском переулке, где находился штаб Красной гвардии Замоскворецкого района. Первую помощь раненым оказывали сестры милосердия (Кравчук, Замогильная, Галина и др.) непосредственно в боевых порядках.

На Серпуховской площади в бывшем кафе «Франция» был организован «летучий» санитарный отряд, в котором работала Е. Г. Карманова. Только в одном Замоскворецком районе было создано 20 санитарных «летучек». На местах боевых действий работало в качестве санитарок свыше 200 работниц³.

Медицинской работой в Пятницком районе руководил Н. А. Семашко, который был председателем районной городской управы.

Большую роль в дни вооруженной борьбы сыграла молодежь. Она принимала активное участие не только в боях, разведке, связи, но и в санитарных отрядах. Сплоченная группа юношей и девушек (Н. Стогова, А. Тормазова, М. и В. Абрамовы, М. Тульская, А. и С. Тольские, Пигунова, братья Рожковы, М. Шорин, А. Афонин, Сивов) составила основное ядро санитарных формирований, главным образом «летучек» района.

«В октябрьских событиях, — пишет А. Вятч-Бережных, — молодежь принимала самое горячее участие и в разведке, и в санитарных отрядах, и в открытых уличных боях»⁴.

Обучение санитарок из работниц элементарным правилам наложения повязок и умению подавать первую помощь раненым проводилось на крупных заводах (Михельсона, Фермана и других) еще задолго до вооруженного восстания. Так, например, на заводе Михельсона подготовкой «красных» санитаров руководил заводской врач Дыхно. Медико-санитарное имущество для работы трех санитарных пунктов в Хамовническом районе, по свидетельству Л. С. Боголеповой, было получено из Союза Городов⁵ по записке З. П. Соловьева.

Больница Калитниковского беженского пункта обеспечивала медикаментами, перевязочными материалами санитарные отряды Симонковского района. Перевязочные материалы и медикаменты, полученные из больниц Сокольнического района, обеспечили работу санитарных отрядов этого района. По ордерам военно-революцион-

¹ Отдельные эпизоды Октябрьского восстания в Замоскворецком районе. В сб.: Красное Замоскворечье. М., 1927, стр. 106—110.

² В и к м а н. Октябрьские дни в Замоскворечье. В сб.: Красное Замоскворечье. М., 1927, стр. 99.

³ А. Ч е б а р и н. Октябрьские бои 1917 г. в Москве. В сб.: Октябрь в Хамовниках. 1917 г. М., 1927, стр. 128.

⁴ А. В я т ч - Б е р е ж н ы х. Хамовническая молодежь. В сб.: Октябрь в Хамовниках. 1917 г. М., 1927, стр. 128.

⁵ Л. Б о г о л е п о в а. Медицинская помощь в Октябрьские дни. В сб.: Октябрь в Хамовниках. 1917 г. М., 1927.

ных комитетов были реквизированы медикаменты, перевязочные материалы, а также холст для носилок.

По распоряжению Военно-революционного комитета Московского Совета от 28 октября 1917 г., предлагалось Совету Симоновского района реквизировать «...медицинские принадлежности, где бы таковые не находились»¹. Медицинское имущество было также получено в военных и гражданских фабрично-заводских лечебных учреждениях. Обеспечение санитарных отрядов транспортом осуществлялось за счет реквизиций его у организаций, учреждений и частных лиц.

В качестве санитарного транспорта в ряде районов Москвы применялись специально оборудованные трамвайные вагоны, обеспеченные медицинским персоналом и медицинским имуществом для оказания помощи раненым. Такие трамваи, получившие название подвижных санитарных «летучек», подходили на достаточно близкое расстояние к передовым позициям и обеспечивали оказание первой помощи раненым красногвардейцам и солдатам революционных войск, а затем эвакуировали их в медицинские пункты, созданные на территории трамвайных парков. Такие санитарные «летучки» были организованы рабочими Сокольнического, Уваровского и Миусского трамвайных парков. Применялись также санитарные двуколки военного образца. Так, фельдшер 193 запасного полка доставил в Главный медицинский штаб Хамовнического района санитарные двуколки, которые были использованы по указанию врача Л. С. Боголеповой.

Однако не все санитарные формирования были обеспечены транспортом. Санитарная «летучка», работавшая у Зачатьевского монастыря под руководством сестры А. Охупкиной, не имела транспорта и вынуждена была переносить раненых в ближайший лазарет революционного полка на носилках или даже на руках².

Эвакуация раненых из перевязочных пунктов, санитарных отрядов производилась в ближайшие лечебные учреждения. Раненых с Бронной улицы (Сущевско-Марьинский район) эвакуировали в ближайшие больницы³. Раненые красногвардейцы и солдаты из Рогожско-Симоновского района эвакуировались, в основном, в Белостокский военный госпиталь. Все раненые из Благуше-Лефортовского района, после оказания им первой медицинской помощи, поступали в военный госпиталь⁴. Основная масса раненых из Сокольнического района была помещена в Бахрушинскую и Сокольническую больницы⁵. Фабрично-заводские лечебные учреждения (больницы, амбулатории, приемные покои) обеспечивали безотказный прием раненых красногвардейцев, оказывали им медицинскую помощь и лечение.

¹ А. Чебарин. Октябрьские бои 1917 г. в Москве. М., «Московский рабочий», 1939.

² А. Охупкина. Февраль-октябрь в Хамовниках. В сб.: Октябрь в Хамовниках. 1917 г. М., 1927, стр. 130—131.

³ И. Батышев. Эпизоды борьбы. В сб.: Октябрь на Пресне. М., 1922, стр. 79.

⁴ М. Розенштейн. В Благуше-Лефортовском районе. В сб.: Октябрьское восстание в Москве. М., 1922, стр. 104—105.

⁵ Новиков. Рукавский (Сокольнический) трамвайный парк. В сб.: Октябрьские дни в Сокольниках. М., 1922, стр. 46.

Медицинская помощь раненым солдатам революционных полков, в основном, обеспечивалась преданным революции медицинским составом этих частей. В казарме 12-го Астраханского полка медицинскую помощь солдатам и красногвардейцам оказывал фельдшер (в последующем зубной врач) Арифов. После взятия Алексеевского юнкерского училища, он с двумя санитарями перевязывал раненых в боях за Кремль и телефонную станцию.



Красная гвардия на Красной площади в Москве в октябре 1917 г. (Фоторепродукция с картины худ. Максимова).

Революционные войска, прибывавшие в Москву, обычно сопровождались своим медицинским составом и располагали необходимым медицинским имуществом. Например, летучий отряд Мызо-Раевских огнескладов, прибывший в Москву 1 ноября 1917 г., состоял из 2 фельдшеров, 10 санитаров из солдат, имел 6 повозок и 12 носилок¹.

Медицинская помощь раненым 55-го запасного полка, действовавшего вместе с рабочими отрядами из трамвайной электростанции, была организована в амбулатории этого предприятия².

Работницы-санитарки электростанции в ходе боев бесстрашно шли вперед, под огнем противника оказывали помощь раненым, выносили их на своих плечах. «Кровь не утратила работниц-санита-

¹ А. Чебарин. Октябрьские бои 1917 г. в Москве. М., «Московский рабочий», 1939, стр. 110—111.

² Виноградова. Воспоминания об Октябре 1917 г. В сб.: Красное Замоскворечье. М., 1927, стр. 151.

рок — они подбирали раненых, увозили их в ближайшие больницы»¹. Враг не щадил «красных» санитарок и медицинских сестер. Многие из них были сражены пулями противника. Так погибли у стен Кремля работницы-санитарки Люся Лисинова, Кузнецова, санитар П. П. Щербаков и многие другие. Всего за время боев в Москве, по данным А. Чебарина, было несколько тысяч убитых и раненых.

3 ноября 1917 г. последний опорный пункт белогвардейцев — Кремль — был взят. Отряды вооруженных рабочих и солдаты революционных полков добились полной победы над контрреволюцией.

* *
*

Победу, которую одержала Советская власть над буржуазным Временным правительством, необходимо было закрепить. Между тем враги молодой Республики Советов собирали силы, чтобы сорвать начавшееся строительство новой жизни. Борьба против Советского правительства велась путем внутреннего сопротивления, наглого саботажа мероприятий, проводимых Советской властью, и путем организации контрреволюционных выступлений.

Бывший глава Временного правительства Керенский в автомобиле под американским флагом рано утром, 25 октября 1917 г., бежал из помещения Генерального штаба в Гатчину. Оттуда он пробрался в Псков, где находился штаб Северного фронта. Здесь он пытался уговорить командующего фронтом генерала Черемисова двинуть армию против революционного Петрограда. Но это ему не удалось. Гарнизон Пскова стоял за Советскую власть. Поддержать Керенского согласился генерал Краснов, командовавший 3-м конным корпусом, в прошлом игравший немаловажную роль в корниловской авантюре. Вместе с ним Керенский двинулся на Петроград. 27 октября была захвачена Гатчина, 28/X — Царское Село.

Утром, 29 октября, юнкера, руководимые контрреволюционным комитетом спасения родины и революции, выступили против Советской власти. Рабочие, солдаты, матросы и Красная гвардия вместе с революционными полками подавили мятеж, а революционные войска 30 октября в упорном бою под Пулковом наголову разбили Краснова. Керенский принужден был вторично бежать и на этот раз навсегда.

Разгромом контрреволюционных сил Керенского — Краснова руководил В. И. Ленин. Его непреклонная твердость и спокойная уверенность в победе вдохновляли широкие массы рабочих.

В. И. Ленин уделил большое внимание организации медицинского обслуживания бойцов революции. Он лично направил в распоряжение председателя Военно-революционного комитета Н. И. Подвойского врача-большевика В. М. Бонч-Бруевич (Величкину)², которая много сделала для облегчения положения раненых красногвардейцев.

¹ И. Батышев. Эпизоды борьбы. В сб.: Октябрь на Пресне. М., 1922, стр. 79.

² Н. И. Подвойский. Красная гвардия в Октябрьские дни. 1956, стр. 30.

Врач Н. Н. Исполатов прибыл в Смольный в период боев под Пулковом и в тот же день был у В. И. Ленина, где получил указания о своей дальнейшей работе¹.

Руководящим ядром нарождавшейся советской медико-санитарной организации являлись члены большевистской партии врачи М. И. Барсуков, В. М. Бонч-Бруевич, А. Н. Винокуров, С. И. Мицкевич и ряд других. Вместе с ними с первых дней Советской власти самоотверженно трудились и многие беспартийные медицинские работники: М. М. Балонов, Беркович, М. Г. Вечеслов, Глезер, М. В. Головинский, Соколова и др. Однако централизованное управление делом организации медицинской помощи защитникам Советской власти на улицах города и в пригородах в то время еще отсутствовало. Это объяснялось тем, что в распоряжении медико-санитарного отдела Военно-революционного комитета, санитарного отдела штаба Красной гвардии Выборгского района, Пролетарского Красного Креста не было нужных медицинских кадров. Оказание медицинской помощи раненым красногвардейцам под Пулковом и Царским Селом обеспечивалось, главным образом, силами и средствами санитарных отрядов. Медицинскую помощь отрядам Красной гвардии, принимавшим участие в разгроме юнкерского мятежа в Петрограде, также оказывали санитарные отряды. Так, например, боевая дружина Красной гвардии Путиловского завода, участвовавшая в разгроме мятежников Владимирского и Павловского юнкерских училищ, имела в своем составе отряд санитаров. Отважные санитарки этого отряда оказывали первую медицинскую помощь раненым под огнем противника. Некоторые из них, даже получив ранения, продолжали помогать раненым и выносить их в безопасные места. Все нуждавшиеся в лечении были отправлены в госпиталь на Большой Ружейной улице².

Важное значение в оказании медицинской помощи раненым красногвардейцам имела самодеятельность работниц Выборгской стороны. «...Когда начали организовываться первые красногвардейские отряды, — пишет участница боев под Пулковом сестра милосердия Логинова, — ...мы, работницы, стали ходить в клинику учиться делать перевязки. Теперь это пригодилось. 27 и 28 октября нас, группу женщин, вызвали в штаб Красного Креста»³. Работницы по зову партии записывались в ряды «красных» санитарок.

В период наступления войск генерала Краснова на Петроград районный комитет партии большевиков Васильевского острова разослал к работницам фабрик и заводов воззвание записываться в «красные» санитарки для отправки на фронт. Этот призыв был подхвачен многими работницами. Они шли туда, где происходили ожесточенные бои, оказывая помощь раненым красногвардейцам. Участники боев вспоминают, что вместе с отрядами Красной гвардии, солдат и матросов «...шли отряды женщин с повязками Красного Креста на рука-

¹ В. Невский. В Октябре. В сб.: Октябрьское вооруженное восстание в Петрограде. Л., 1956, стр. 159.

² М. И. Мухтар-Лондарский. Боевая дружина Красной гвардии Путиловского завода. «Исторический архив», 1957, № 1, стр. 209.

³ Е. Логинова. Санитарки. В сб.: В дни Великой пролетарской революции. М., 1937, стр. 207.

вах...»¹. Отважные санитарки были там, где с оружием в руках решалась судьба революции. «Женщины, девушки, работницы, — пишет один из участников этих событий А. Хохряков, — ...с сумками через плечо, с наспех сделанной повязкой Красного Креста, прямо с заводов и фабрик явились, чтобы не остались без помощи те, кто вышел защищать Октябрь...»²

«В тот день, когда начались бои, — писал Л. Ганичев, — из ворот завода (военно-врачебных заготовлений) с санитарными сумками через плечо организованно вышел большой отряд работниц перевязочного отдела, добровольно пошедших на фронт санитарками»³. Среди работниц-санитарок этого отряда были две студентки-медики, которые по сообщению участницы событий Татьяны Граф⁴, даже в пути следования в район Пулково — Александровская обучали санитарок правилам наложения повязок на рану. Санитарный отряд Красной гвардии порохового завода, в составе 10 чел., возглавляемый врачом, принимал участие в боях под Пулковом и сумел хорошо организовать помощь раненым красногвардейцам⁵.

Медицинскую помощь раненым из отряда Красной гвардии Рождественского (ныне Смольнинского) района, получившего задание выступить 26 октября 1917 г. под Гатчину против войск Керенского, оказывал санитарный отряд, которым руководила Е. К. Кокшарова⁶.

Во главе каждого санитарного отряда, работавшего под Пулковом, Александровской и Царским Селом, по возможности ставился врач. Сестра милосердия Е. Логинова вспоминает: «Когда мы пришли... трудно было сразу разбить всех по отрядам и подобрать врачей. Но потом все наладилось: составили списки, раздали путевки и сумки с медикаментами, разбились на отряды. Во главе отряда назначили врача»⁷.

Оказание медицинской помощи Красной гвардии во время боев под Пулковом и Царским Селом проходило в исключительно тяжелых условиях. Работницы-санитарки Пролетарского Красного Креста под огнем противника самоотверженно оказывали первую медицинскую помощь раненым красногвардейцам. В глубокую осень, в непогоду, грязь, холод, порой голодные, плохо одетые и обутые, преодолевая всякого рода невзгоды, работницы-санитарки пробирались в район боевых действий, чтобы облегчить страдания раненых. Они оказывали им первую медицинскую помощь и направляли в зависимости от тяжести повреждений попутным, а иногда специальным транспортом в Петроград или на близлежащие перевязочные пункты.

¹ Обуховцы. В сб.: В дни Великой пролетарской революции. М., 1937, стр. 213.

² А. Хохряков. Из жизни Петроградского гарнизона. В сб.: Октябрьское вооруженное восстание в Петрограде. 1956, стр. 90.

³ Л. Ганичев. На Аптекарском острове. 1957, стр. 159.

⁴ Т. Граф. Об октябрьской революции. «Красная летопись», 1923, № 6, стр. 6.

⁵ Чекалов. Доклад штаба Красной гвардии. «Известия ЦИК», № 215, 1917.

⁶ Е. М. Соловей. О работе Рождественского райкома. «Исторический архив», 1957, № 1.

⁷ Е. Логинова. Санитарки. В сб.: В дни Великой пролетарской революции, М., 1937, стр. 207.

Перевязочные пункты были организованы в Пулкове и в Александровской. Так, например, санитарному отряду, сформированному из работниц завода военно-врачебных заготовлений, было предложено организовать перевязочный пункт на станции Александровская. 1-й санитарный отряд Красного Креста, в котором работала одна из «красных» сестер А. Виноградова¹, развернул перевязочный пункт в Пулкове. В санитарных отрядах под Царским Селом, Пулковом и Средней Рогаткой работали врачи, студенты-медики, работницы и жены красногвардейцев-фронтовиков, добровольно прибывшие из Петрограда для оказания помощи раненым.

Специальным оборудованием и инструментарием отряды не были обеспечены, поэтому медицинская помощь ограничивалась наложением на рану повязки. Развертывание перевязочного пункта заключалось в подборе большого помещения, обеспечении его подстилочным материалом (солома, сено). Реже перевязочная создавалась в отдельной комнате. Раненые в ожидании перевязки размещались на полу.

Несколько иначе осуществлялось медицинское обеспечение воинских подразделений революционных частей Петроградского гарнизона и отрядов моряков Балтийского флота, принимавших участие в боях под Пулковом и Царским Селом. Они, как правило, имели в своем составе военно-медицинских работников из числа фельдшеров и санитаров и располагали необходимым медицинским имуществом для оказания медицинской помощи раненым и больным.

Рано утром, 29 октября, после атаки, предпринятой противником на Пулковские высоты, на перевязочных пунктах стали появляться первые раненые. Врачи перевязывали более тяжелых, а сестры — легкораненых. Эвакуация раненых из района боевых действий в Петроград осуществлялась железнодорожным, автомобильным и конным транспортом. Большую помощь в эвакуации раненых красногвардейцев оказала санитарная автоколонна, переданная медико-санитарным отделом Военно-революционного комитета Пролетарскому Красному Кресту. Важное значение в деле эвакуации имел так называемый санитарный взвод², транспорт которого периодически пополнялся машинами, изъятыми у различных учреждений. Военно-революционный комитет часто обеспечивал автотранспортом и отдельные санитарные отряды. Так, например, 30 октября Военно-революционным комитетом были переданы две автомашины из числа конфискованных санитарному отряду при штабе Красной гвардии Выборгского района³.

Размещение раненых и больных в лечебных учреждениях Петрограда сопровождалось трудностями из-за саботажа представителей буржуазной медицины, которые зачастую отказывались принимать раненых красногвардейцев в лечебные учреждения города. Для предотвращения случаев пренебрежительного отношения к раненым

¹ ФЦГВИА, ф. 278, оп. 1, д. 971, стр. 80.

² ЦГАОР, ф. 1236, д. 7, стр. 24.

³ ЦГАОР, ф. 1236, д. 7, стр. 71 (документ № 1981 от 30 октября 1917 г.).

со стороны саботажников приходилось устанавливать в больницах дежурство работниц-санитарок Пролетарского Красного Креста. Все это заставило медико-санитарный отдел Военно-революционного комитета совместно с Пролетарским Красным Крестом создавать свои лечебные учреждения, например, лазарет в Смольном и госпиталь на 300 коек в казармах Московского полка.

Большую работу по оказанию помощи раненым солдатам и матросам проделали так называемые «летучие» санитарные отряды, созданные Петроградским союзом ротных фельдшеров. В боях под Гатчиной, станцией Александровская, Царским Селом и Пулковом эти отряды, состоявшие из резерва ротных фельдшеров, самоотверженно работали под огнем противника. На различных участках фронта больше 100 ротных фельдшеров оказывали помощь раненым солдатам и матросам. Эта благородная и крайне необходимая работа осуществлялась под непосредственным руководством Петроградского союза и комитета ротных фельдшеров резерва. Для установления контакта по организации медицинской помощи раненым в исполнительное бюро медико-санитарного отдела Военно-революционного комитета был послан специальный представитель союза ротных фельдшеров¹.

Медицинское снабжение санитарных отрядов во время боев осуществлялось в основном через Пролетарский Красный Крест, отдельные отряды снабжались также и через военные лечебные учреждения.



Власть Советов уже в первые дни своего существования получила полное одобрение широких масс рабочих и трудящихся крестьян. Над освобожденной родиной, сбросившей с себя вековые цепи царского самодержавия и капитализма, поднималась заря новой жизни. Но обломки разбитых классов, их прихвостни — кадеты, эсеры и меньшевики — поднимали грязную волну внутреннего сопротивления, выражением которого был саботаж некоторой части буржуазной интеллигенции, в частности, руководства Пироговского общества.

Однако далеко не все представители научной медицинской общественности разделяли точку зрения «пироговцев». Многие выдающиеся русские ученые — Д. К. Заболотный, К. А. Тимирязев, В. М. Бехтерев, Н. Ф. Гамалея, И. П. Павлов и многие другие продолжали работать в научных учреждениях, невзирая на всякого рода временные лишения как в первые, так и в последующие дни после победы Великой Октябрьской социалистической революции. Больше того, академик Д. К. Заболотный и проф. В. М. Бехтерев в те дни добровольно предложили свои услуги Советской власти и стали активно помогать строительству советского здравоохранения.

5 декабря 1917 г. решением правительства Военно-революционный комитет закончил свою деятельность и был реорганизован

¹ С. О з е р о в. Петроградский союз ротных фельдшеров о помощи. «Известия ЦИК и Петроградского Совета», № 223 от 12 ноября 1917 г.

в Чрезвычайную комиссию по борьбе с контрреволюцией и саботажем во главе с Ф. Э. Дзержинским. После ликвидации Военно-революционного комитета функции центра, объединяющего дело здравоохранения в стране и армии, перешли в Совет врачебных коллегий.

24 января 1918 г. В. И. Ленин подписал декрет об образовании Совета врачебных коллегий, которые до этого были созданы в составе ряда народных комиссариатов (внутренних дел, просвещения, путей сообщения, Государственного призрения). Этим декретом Советская власть положила начало созданию в нашей стране высшего государственного органа по руководству делом здравоохранения.

Председателем Совета врачебных коллегий был назначен А. Н. Винокуров. В состав Совета вошли: А. Е. Артеменко, М. И. Барсуков, В. М. Бонч-Бруевич (Величкина), С. Ю. Богоцкий, И. С. Вегер, М. Г. Вечеслов, М. В. Головинский, С. И. Мицкевич, Е. П. Первухин. В марте 1918 г. Совет врачебных коллегий вслед за правительством переехал из Петрограда в Москву, где пополнился новыми членами. В него вошли: Н. А. Семашко, З. П. Соловьев, И. В. Русаков, А. П. Голубков, Н. А. Кост и Б. С. Вейсброд.

Совет врачебных коллегий в соответствии с указаниями В. И. Ленина проделал большую работу по укреплению и организации на местах медико-санитарных отделов при Советах рабочих и солдатских депутатов, по сплочению медицинских сил вокруг Советской власти. Несколько дольше оставался открытым вопрос о центральном органе руководства военно-медицинским делом в стране.

После Февральской революции созданное в начале первой мировой войны 1914—1918 гг. Управление верховного начальника санитарной и эвакуационной части, во главе которого стоял принц А. П. Ольденбургский, было ликвидировано. Руководство санитарно-профилактическими мероприятиями и лечебным делом на фронтах перешло в ведение Управления главного полевого санитарного инспектора, который подчинялся начальнику штаба Верховного главнокомандующего. В ведении штаба Верховного главнокомандующего находилась и эвакуация раненых и больных с фронта, руководство которой осуществлял эвакуационный отдел штаба. Весьма значительный объем мероприятий в области медицинского обеспечения войск выполняли организации частной помощи: Российское Общество Красного Креста, Всероссийский земский союз и Союз городов. Главное военно-санитарное управление было совершенно устранено от всякого касательства к делам фронта. На него возлагались лишь комплектование медицинских учреждений действующей армии медицинским составом и медицинское снабжение.

30 ноября 1917 г. на заседании Совета Народных Комиссаров РСФСР был заслушан доклад Н. И. Подвойского об учреждении Коллегии для заведования Главным военно-санитарным управлением. 4 декабря В. И. Ленин подписал декрет, в котором говорилось, что «Совету Коллегии по заведованию медицинскими отделами при Народных комиссариатах внутренних дел, путей сообщения и Государственного призрения поручается в лице докторов А. Н. Винокурова, И. С. Вегера, М. В. Головинского и М. И. Барсукова взять на себя дела

заведования Главным военно-санитарным управлением»¹. В этом декрете, имевшем большое значение и положившем начало коренной реорганизации военно-медицинского ведомства, впервые упоминался «Совет Коллегии», которому Советское правительство поручало руководство военно-медицинской службой.

Яркую характеристику Главного военно-санитарного управления накануне его реорганизации дал первый, после свержения царизма, начальник этого управления Н. Н. Бурденко. Выступая 20—24 мая 1917 г. на совещании, созванном комиссаром Временного правительства по вопросу о состоянии руководства военно-медицинским делом в русской армии, проф. Н. Н. Бурденко сказал: «Наше военно-санитарное ведомство не могло не разделить общей участи бюрократического строя Петербургского периода русской истории; оно было в значительной мере также приютом безликого бумажного бога, который на своих жестких крыльях летал и парил всюду с улыбкой соучастника. Военно-санитарное ведомство было поставлено в довольно рискованное положение, создавалось положение — ринуться в обрывы врачебно-полицейского сыска и бумажного производства с затмением сознания о самом деле»².

Программа действий Коллегии Главного военно-санитарного управления исходила из указаний В. И. Ленина, данных в октябре 1917 г. медико-санитарному отделу Военно-революционного комитета. Первое, что хотела осуществить Коллегия — это демократизация военно-медицинского дела, широкое привлечение к участию в медицинском обеспечении отрядов Красной гвардии и преданных революции воинских частей советской общественности в лице Пролетарского Красного Креста, красногвардейцев и солдатских масс, а также установление органической связи окружных и фронтовых санитарных управлений с местными медико-санитарными отделами Советов рабочих и солдатских депутатов. Вторая задача состояла в том, чтобы приблизить медицинскую помощь к солдату и произвести полную реорганизацию всей лечебно-эвакуационной системы, на основе объединения под единым руководством всех ее различных сторон. Особое значение в этой реорганизации имело объединение лечения с эвакуацией. Напряженная военная обстановка повелительно требовала сосредоточения руководства лечебно-эвакуационным делом в Главном военно-санитарном управлении. Коллегия должна была также провести большую и сложную работу, связанную с демобилизацией старой царской армии, в том числе и медицинского состава. При этом нужно было спасти от расхищения медико-санитарное имущество и сохранить его для нужд обеспечения Красной гвардии.

В Главном военно-санитарном управлении Коллегия была встречена враждебно. Это настроение подогревалось Главным военно-санитарным советом — совещательным органом при начальнике управления. Резко отрицательное отношение к деятельности Коллегии

¹ Декреты Октябрьской революции, т. 1, ИМЭЛ, 1933, стр. 227.

² Н. Н. Бурденко. К вопросу об устройстве управления в военно-санитарном ведомстве. Пг., 1917, стр. 1—2.

выразили и два проходивших тогда съезда: II делегатский съезд Всероссийского союза военных врачей армии и флота (7—18 декабря) и I медико-санитарный съезд военного ведомства (11—17 декабря)¹. Все постановления этих съездов были пропитаны открытой классовой ненавистью к мероприятиям Советской власти в области военной медицины. Хотя Коллегия и пыталась вначале договориться с президиумом I медико-санитарного съезда и даже уполномочила своего представителя М. В. Головинского выступить на нем, но никаких положительных результатов эти шаги не дали. Поэтому эти съезды и Главный военно-санитарный совет пришлось распустить.

Одновременно было опубликовано обращение Коллегии, подписанное А. Н. Винокуровым, где говорилось, что между 15 января и 1 февраля 1918 г. намечен созыв Всероссийского съезда военных медицинских работников, облеченных доверием широких медицинских и солдатских масс. К сожалению, это важное мероприятие, преследующее цель объединить военно-медицинских работников вокруг нового органа руководства нарождающейся советской военной медицины, осуществить не удалось в силу событий, связанных с обострением обстановки на фронте и последующим наступлением немцев на Петроград.

Приступая к работе, Коллегия в первую очередь занялась созданием крепкого, работоспособного аппарата Главного военно-санитарного управления. Сокращая его численность, Коллегия одновременно проводила чистку аппарата от антисоветских элементов. Демобилизуя медицинских работников, Коллегия имела в виду освободиться от менее надежной их части с тем, чтобы демобилизованный из армии медицинский состав был привлечен для обслуживания гражданского населения, в чем ощущалась исключительно большая нужда.

Подобно тому, как в центре Главный военно-санитарный совет явился местом, откуда саботажники пытались подрывать работу по революционной перестройке Главного военно-санитарного управления, на местах, фронтах и округах подрывную работу вели многие местные санитарные советы, составленные из соглашательских элементов эсеров-меньшевистского толка. Это заставило Народный комиссариат по военным делам распустить указанные советы. Вместо них были созданы врачебно-санитарные отделы при фронтовых, армейских и окружных комитетах в составе представителей от всех групп медицинского труда с правом приглашения сведущих специалистов. Врачебно-санитарные отделы после своего формирования выделяли коллегия из трех лиц, в число которых обязательно входил один врач для управления санитарной частью фронта (армии, округа). Должности начальников санитарной части фронта, армии, округа были упразднены². Так, решительно, не останавливаясь ни перед чем, Коллегия ломала старый враждебный аппарат военной медицины, стараясь построить новый на демократических началах.

¹ «Врачебная газета», № 1, 2, 3 от 7, 14, 21 января 1918 г.

² Собрание узаконений и распоряжений Рабоче-крестьянского правительства, № 14, 1918.

15 января 1918 г. В. И. Ленин подписал декрет Совета Народных Комиссаров об организации на добровольных началах Рабоче-Крестьянской Красной Армии и об учреждении Всероссийской коллегии по ее формированию. На Всероссийскую коллегию возлагалась и санитарно-медицинская помощь, которой должен был руководить специальный санитарный отдел. Наличие санитарного отдела при Всероссийской военной коллегии, естественно, заставляло пересмотреть вопрос о роли Главного военно-санитарного управления в обслуживании Красной Армии, тем более, что руководство медико-санитарным делом в армии хотел взять на себя Пролетарский Красный Крест. После согласования дальнейших действий Совета врачебных коллегий с Народным комиссариатом по военным делам и Пролетарским Красным Крестом удалось установить полное единство взглядов на деятельность Главного военно-санитарного управления и санитарного отдела Всероссийской коллегии. Согласно договоренности, Главное военно-санитарное управление полностью переключилось на обслуживание Красной Армии, а санитарный отдел Всероссийской коллегии, созданный из Пролетарского Красного Креста, оказывал помощь Главному военно-санитарному управлению в формировании санитарных отрядов для внутреннего фронта начинающейся гражданской войны.

В тесной связи с перестройкой Главного военно-санитарного управления стоял вопрос и о коренной реорганизации Российского Общества Красного Креста. Главное управление этого Общества занимало враждебную позицию в отношении Советской власти. В нем группировались враждебные элементы, которые не хотели вступать в контакт с советскими организациями. Между тем задача помощи русским военнопленным, находившимся за границей, могла быть в значительной степени разрешена, если бы за это по-деловому взялось Главное управление Российского Общества Красного Креста, являвшегося организацией международного характера. Декретом Совета Народных Комиссаров РСФСР от 4 января 1918 г.¹ Главное управление Российского Общества Красного Креста было распущено, и вместо него временно был учрежден Комитет по реорганизации, которому поручалось через Совет врачебных коллегий представить в правительство план переустройства Красного Креста на новых советских началах.

В январе 1918 г., особенно после роспуска Всероссийского учредительного собрания² и упрочения Советской власти, стал ощущаться перелом в настроении медицинских работников. Начинают раздаваться голоса и о признании Коллегии с далеких окраин страны. Так, из Иркутского окружного военно-санитарного управления 31 января

¹ Собрание узаконений и распоряжений Рабоче-крестьянского правительства, № 14, 1918.

² Декрет о роспуске Всероссийского учредительного собрания был принят ВЦИК 6 (19) января 1918 г.

1918 г. была получена телеграмма такого содержания: «Старая власть сануправления смещена. Советской властью поставлена Коллегия — два врача, два лекарственных помощника. Приветствуем Коллегию Главсануправления»¹.

Коллегией Главного военно-санитарного управления был подготовлен и внесен в Народный комиссариат по военным делам ряд проектов приказов, предварительно рассмотренных советом врачебных коллегий: об отмене звания зауряд-военных врачей и фармацевтов (приказ от 22 января 1918 г.); об уравнивании во всех правах ротных и школьных лекарственных помощников и о прекращении приема солдат в фельдшерские ученики в войсках и в военно-лечебных учреждениях (приказ № 69 от 22 января).

Приказ Народного комиссариата по военным делам № 70 от 22 января предлагал считать военными специалистами всех фармацевтов, состоящих на военной службе, независимо от ученой степени и занимаемой должности. Аптекарским помощникам, еще не получившим назначения, определялось содержание с 1 января 1918 г. на равных основаниях с теми, кто занимал, так называемые, классные должности. Приказом Народного комиссариата по военным делам № 148 от 16 февраля разъяснялось, что 35%-ная прибавка к заработной плате, установленная для медицинских работников, распространялась и на медицинский состав, находившийся на военной службе.

Коллегия решила приостановить призыв на военную службу женщин-врачей, а призванных ранее — освободить от несения военных обязанностей (приказ № 72 от 30 декабря 1917 г.). Находившийся на военной службе преподавательский состав, числящийся по спискам военно-медицинской академии, медицинских факультетов и институтов, немедленно освобождался и возвращался в гражданское ведомство (приказ № 74 от 30 декабря 1917 г.). Увольнялись от военной службы врачи и фармацевты, призванные из запаса и достигшие 45-летнего возраста (приказ № 33 от 15 января 1918 г.). Ввиду проходившей демобилизации, сокращения коечного фонда и расформирования ряда медицинских учреждений было решено прекратить призыв на военную службу медицинского персонала впредь до особого распоряжения (приказ № 68 от 22 января 1918 г.).

В целях обеспечения медицинским обслуживанием раненых и больных, возвращавшихся из плена, было приказано сохранить резерв врачей, фармацевтов, зубных врачей и лекарственных помощников при окружных военно-санитарных управлениях как на фронте, так и в тылу. Размер резерва устанавливался местными окружными врачебно-санитарными отделами при солдатских комитетах. Лица, зачисленные в резерв, получали содержание по ранее занимаемым должностям (приказ Народного комиссариата по военным делам от 18 февраля 1918 г.).

Ввиду быстрого хода демобилизации и последовавшего 15 января 1918 г. декрета Совета Народных Комиссаров о расформировании старой армии, штат Главного военно-санитарного управления был

¹ М. И. Барсуков. Великая Октябрьская социалистическая революция и организация советского здравоохранения. М., 1951, стр. 142.

сокращен больше, чем на половину. Всего в управлении на 27 января 1918 г. состояло 303 служащих, не считая лаборатории и ученого комитета. Аппарат был сокращен до 120 чел. Сокращение аппарата Главного военно-санитарного управления шло не только по линии упразднения ряда должностей и уменьшения числа штатных единиц, но и в результате слияния некоторых параллельных отделений; так, например врачебно-санитарное отделение было слито с госпитальным. Однако в дальнейшем новые задачи, связанные с созданием Красной Армии, потребовали организации двух новых отделов — организационно-мобилизационного и эвакуационного.

В целях объединения дела снабжения «увечных воинов протезами в одном учреждении» Коллегией Главного военно-санитарного управления совместно с Народным комиссариатом по военным делам 24 января 1918 г. был издан приказ № 76 о передаче Мариинского приюта для ампутированных и увечных воинов в Петрограде со всеми его материальными и денежными средствами в ведение Народного комиссариата Государственного призрения (социального обеспечения).

Формирование Рабоче-Крестьянской Красной Армии вызвало необходимость наметить в основных чертах порядок медицинского обеспечения войсковых частей. Докладная записка, поданная Коллегией по этому вопросу в Народный комиссариат по военным делам, представляет интерес, так как в ней освещались многие положения, которые легли в основу будущей организационной структуры военно-медицинской службы Красной Армии.

Первое, что обращало на себя внимание, это центральная роль, отводимая Главному военно-санитарному управлению, как руководящему органу советской военной медицины на фронте и в тылу. Главное военно-санитарное управление было лишь оперативно подчинено Народному комиссариату по военным делам. В медицинском отношении оно должно было получать директивы от Совета врачебных коллегий, как высшего правительственного органа, объединившего руководство здравоохранением в стране. Эвакуация как неразрывное звено в системе лечебно-профилактических мероприятий, осуществляемых военно-медицинской службой, становилась одной из важнейших сторон деятельности Главного военно-санитарного управления; руководство ею сосредоточивалось в специально создаваемом эвакуационном отделе управления.

В докладной записке давалась новая принципиальная установка о роли подвижных госпиталей, которые должны были заменить дивизионные лазареты, и в общих чертах намечался порядок эвакуации раненых и больных с поля боя в тыл. Характерно, что здесь уже чувствовалась тенденция приближения хирургической помощи к раненому, а не эвакуация «во что бы то ни стало», как это было в старой, царской армии.

Однако вся эта большая организационная работа, начатая Коллегией, была внезапно прервана 18 февраля 1918 г. вероломным нарушением немцами условий перемирия и вторжением их полчищ в пределы нашей Родины. Германские войска, заняв Псков, создали прямую угрозу колыбели революции — Петрограду.

В эти грозные дни (18—22 февраля 1918 г.) в Петрограде собрался 1-й Всероссийский съезд работников Красного Креста. Делегаты съезда заверили рабоче-крестьянскую власть, что они готовы отдать все свои силы и предоставить учреждения Красного Креста для медицинского обслуживания трудящихся.

21 февраля, в Петрограде, был опубликован декрет Совета Народных Комиссаров «Социалистическое отечество в опасности», написанный В. И. Лениным. «Чтоб спасти изнуренную, истерзанную страну от новых военных испытаний, — говорилось в декрете, — мы пошли на величайшую жертву и объявили немцам о нашем согласии



Санитарный отряд и раненые красногвардейцы Первого маршевого эшелона Красной гвардии Выборгского района г. Петрограда.

подписать их условия мира»¹. Наряду с этим, В. И. Ленин призывал трудящихся быть готовыми к обороне социалистической Родины, если немцы откажутся подписать мирный договор.

Призыв В. И. Ленина вызвал небывалый революционный подъем. В эти памятные дни зазвучали гудки петроградских заводов, звавшие рабочих взяться за оружие и спасти красную столицу от немецких орд; началась спешная отправка рабочих отрядов с частями Красной Армии под Псков, чтобы задержать дальнейшее продвижение германских войск.

Охваченные патриотическим порывом медицинские работники спешили принять участие в оказании медицинской помощи бойцам революции. Еще 19 февраля Всероссийский союз сестер милосердия направил в Главное военно-санитарное управление письмо, в котором писал, что он, «имея кадры хорошо подготовленных сестер милосер-

¹ В. И. Ленин. Полное собрание сочинений, т. 35, стр. 357.

дия, предлагает свой труд для обслуживания социалистической армии». Петроградский городской комитет Союза городов в новом составе опубликовал 24 февраля во «Врачебной газете» (№ 6) заявление, в котором сообщал о своей готовности «служить делу помощи больным и раненым», 28 февраля предложили свои услуги студенты Военно-медицинской академии. Вместе с частями Красной Армии выехали на фронт санитарные отряды, сформированные Пролетарским Красным Крестом.

21 февраля, в день обращения В. И. Ленина к населению с призывом бороться с опасностью, нависшей над страной, Совет врачебных коллегий собрал совещание из представителей медицинских организаций и учреждений Петрограда для объединения действий по медицинскому обеспечению обороны города. На нем Коллегия Главного военно-санитарного управления предложила взять на учет все склады медицинского имущества и поспешить с объединением всех имевшихся медицинских организаций для согласованной работы.

22 февраля Главное военно-санитарное управление приняло обращение к медицинским работникам и текст телеграммы на фронт о мобилизации всех медицинских работников на добровольных началах. Было решено: а) приостановить расформирование военно-лечебных учреждений; б) связаться с Москвой, в частности, с З. П. Соловьевым, чтобы прекратить расформирование учреждений Всероссийского земского союза и использовать их для работы на фронте; в) отправить в глубь тыла военнопленных; г) разгрузить Петроград от венерических больных и увечных воинов; д) комитету Северного района Российского Общества Красного Креста предлагалось расширить имеющийся коечный фонд до 15 000 коек.

Бологое намечалось сделать головным эвакуопунктом, а Петроград — основной базой медицинского обеспечения Северного фронта, войска которого должны были не допустить дальнейшего продвижения немецкой армии. Большую помощь оказал Совету врачебных коллегий академик Д. К. Заболотный, руководя организованными им противоэпидемическими отрядами. 12 марта один из таких отрядов был направлен на ст. Бологое, в районе которой произошла эпидемическая вспышка сыпного тифа.

На Северный фронт, в частности, в Новгород, были командированы В. М. Бонч-Бруевич (Величина) и М. Г. Вечеслов. Другая группа врачей 23 февраля выехала в Бологое, Вышний Волочок и Ржев. Командированные врачи должны были принять все меры по организации медицинской помощи раненым и больным, а также помочь местным организациям эвакуировать в глубь страны ценное медицинское имущество.

В результате внезапного нападения немцев и последующей оккупации ими значительной части советской территории фронт лишился многих медицинских учреждений и складов с имуществом. Так, на Северном фронте из 8 головных эвакуопунктов попало в плен 2 и из 8 тыловых — 2. На Западном фронте из 8 головных эвакуопунктов немцами было захвачено 3 и из 10 тыловых — 2.

На Северном и Западном фронтах почти все перевязочные отряды и часть дивизионных лазаретов в ходе демобилизации сдали

свое имущество в отделения полевых аптек, но, вследствие наступления немцев, значительная часть аптек была также захвачена противником. Но все же с Северного фронта удалось вывезти 15 полевых подвижных госпиталей.

23 февраля 1918 г. под Псковом первые отряды только что сформированной Красной Армии вместе с рабочими отрядами питерских заводов скрестили оружие с немецкими оккупантами. Продвижение врага было приостановлено. Этот день, когда германский империализм получил первый урок, первое предупреждение от революционного народа России, стал днем рождения Красной Армии.

3 марта был подписан мир с Германией и ее союзниками.

4 марта 1918 г. декретом Совета Народных Комиссаров, подписанным В. И. Лениным, «во главе обороны страны» был поставлен Высший военный совет. Вслед за этим Высший военный совет 5 марта 1918 г. приказом № 2 упразднил должность верховного главнокомандующего и приступил к расформированию ставки Верховного военного командования. Было сохранено несколько управлений, в том числе и управление главного полевого санитарного инспектора на правах инспекции при Высшем военном совете. Санитарным инспектором был назначен Л. Р. Ивановский, еще до Великой Октябрьской революции работавший в ставке.

Чтобы избежать дублирования в работе санитарной инспекции и Главного военно-санитарного управления, Народный комиссариат по военным делам совместно с Коллегией Главного военно-санитарного управления издал 5 марта 1918 г. приказ № 187, в котором говорилось, что «ввиду расформирования Управления главного полевого санитарного инспектора, объявляется, что функции этого управления по объединению санитарных мероприятий на фронте отныне переходят к Коллегии Главного военно-санитарного управления рабочего и крестьянского правительства Российской Республики».

Вместе с тем конец этого приказа мог вызвать некоторые недоразумения при его практическом осуществлении. В приказе говорилось, что «объединение всех санитарных мероприятий как на фронте, так и во внутреннем районе, а равно распределение всех санитарных средств (как военного ведомства, так и общественных организаций и Красного Креста) между обоими названными органами возлагается на Комиссариат по демобилизации армии». Но так как Комиссариат по демобилизации армии вскоре прекратил свое существование, эта приписка существенного значения не имела.

В связи с организацией Красной Армии в Коллегии Главного военно-санитарного управления в марте 1918 г. возникла мысль о необходимости создания специального организационно-мобилизационного отдела, который подготовил бы и осуществил реорганизацию военно-медицинского дела. В компетенцию отдела намечалось включить разработку структуры медицинских учреждений Красной Армии и организационного построения системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск, мобилизацию и учет потребных для армии кадров и медицинского имущества. Отдел должен был добиться единства в руководстве всем военно-медицинским делом, ибо попытка параллелизма в руководстве все еще наблюдалась со стороны некоторых

органов, как, например, Комиссариата по демобилизации, санитарной инспекции Высшего военного совета, эвакуационного и врачебно-санитарного отделов Военно-хозяйственного совета и Центральной Коллегии по делам пленных и беженцев, учрежденной 27 апреля 1918 г.

Вопрос о сосредоточении всего военно-медицинского дела в Главном военно-санитарном управлении не получил единодушной поддержки в Высшем военном совете. Часть военных специалистов, к которым принадлежали М. Д. Бонч-Бруевич и Л. Р. Ивановский, ставший санитарным инспектором, высказались за сохранение санитарной инспекции при Высшем военном совете.

30 марта в Главном военно-санитарном управлении состоялось совещание, на котором присутствовали члены Коллегии, представители Высшего военного совета и санитарный инспектор Л. Р. Ивановский. Основным вопросом, обсуждавшимся на этом совещании, было определение организационных принципов строительства военно-медицинской службы Красной Армии и мобилизационных планов ее развертывания. Коллегия представила на совещание следующие принципиальные положения:

1. Управление санитарного инспектора Высшего военного совета упраздняется. Функции этого учреждения передаются Главному военно-санитарному управлению, для чего создаются отделы: а) организационно-мобилизационный и б) эвакуационный.

2. Мобилизационный отдел приступает тотчас же к разработке медицинской организации будущей армии, руководствуясь указаниями Народного комиссариата по военным делам.

3. Коллегия Главного военно-санитарного управления выделяет представителей в Высший военный совет по вопросам военной медицины.

4. В случае возобновления боевых операций из Главного военно-санитарного управления выделяется полевая санитарная организация.

5. Все организации, имеющие отношение к медицинскому обеспечению Красной Армии, такие, как Красный Крест, земский союз, Союз городов и другие, переходят в ведение Главного военно-санитарного управления.

6. Для объединения эвакуации и перевозки санитарных грузов учреждается при эвакуационном отделе Главного военно-санитарного управления санитарная железнодорожная секция, и при полевых управлениях военных сообщений — санитарное железнодорожное бюро, работающее под контролем Главного военно-санитарного управления.

7. Все организации, ведающие делами, параллельными с работой Главного военно-санитарного управления, упраздняются, а дела этих учреждений передаются в Главное военно-санитарное управление.

Такова была совершенно ясная, четкая принципиальная линия Коллегии Главного военно-санитарного управления в деле реорганизации военной медицины для нужд Красной Армии. Однако совещание не пришло к единому мнению по указанным вопросам, ввиду явно отрицательного отношения к ним представителя Народного комиссариата по военным делам, бывшего генерала царской армии Лукирского.

Не ожидая окончательного решения Народного комиссариата по военным делам по всем вопросам, затронутым на совещании, Коллегия на своем заседании 2 апреля 1918 г. все же сочла необходимым немедленно приступить к созданию организационно-мобилизационного отдела, поскольку обстановка требовала быстрее решения организационных вопросов строительства медицинской службы Красной Армии. 4 апреля Коллегией был отдан приказ № 54 по Главному военно-санитарному управлению об учреждении организационно-мобилизационного отдела. В числе приглашенных на работу в этот отдел был П. П. Потираловский — крупный специалист в области организации и тактики медицинской службы, автор первого отечественного учебника по этой дисциплине.

Чтобы использовать опыт первой мировой войны, Главным военно-санитарным управлением был разработан подробный приказ, в котором предлагалось «старшим и главным врачам демобилизуемых в настоящее время войсковых частей представить непосредственно в Главное военно-санитарное управление составленные ими, согласно циркулярному распоряжению от 29 ноября 1917 г., санитарно-статистические отчеты за все время войны, т. е. со дня мобилизации по 1 января 1918 г.». 3 апреля 1918 г. последовал декрет Совета Народных Комиссаров об учреждении волостных, уездных, губернских и окружных военных комиссариатов, и Главному военно-санитарному управлению была поручена срочная работа по формированию окружных санитарных управлений и санитарных отделов губернских военных комиссариатов. В течение мая большинство окружных санитарных управлений были сформированы и укомплектованы. Труднее шло формирование санитарных отделов губернских военных комиссариатов. В первые дни существования губернских военных комиссариатов руководителями ряда санитарных отделов, в связи с нехваткой врачей, назначались ротные фельдшеры и фармацевты.

Представляет интерес инструкция начальникам окружных военно-санитарных управлений о первых шагах их деятельности по прибытии на места, которая была разработана Главным военно-санитарным управлением. В пункте первом этой инструкции говорилось, что по прибытии в округ начальник военно-окружного санитарного управления должен на совещании с местным врачебно-санитарным отделом Совета рабочих и крестьянских депутатов информировать отдел об основаниях, на которых сформировалось военно-окружное санитарное управление, о задачах и целях его и в свою очередь получить от отдела ответы на интересующие его вопросы о санитарном благополучии губернии или области, о местных средствах и силах борьбы с эпидемиями и т. п.

Из этого документа мы видим, как на практике осуществлялось единство советской медицины и взаимосвязь между ее отдельными звеньями — военным и гражданским.

В мае 1918 г. Главное военно-санитарное управление вплотную приступило к реализации ряда больших организационных мероприятий, срочного осуществления которых требовала военная обстановка в стране. Угроза военной интервенции империалистов, вместе с ней и гражданской войны, стала уже свершившимся фактом.

10 мая были созданы две комиссии: одна — для разработки нового положения об эвакуации, другая — для составления нового положения об окружных военно-санитарных управлениях. 23 мая была создана комиссия для пересмотра и выработки новых правил и форм военно-санитарной отчетности, а 29 мая начали работать еще три комиссии, созданные для разработки: а) проекта положения об управлении и внутреннем распорядке лечебных учреждений и нормативах, регламентирующих служебную деятельность вольнонаемного медицинского персонала медицинских учреждений Красной Армии; б) положения и наставления для подготовки санитаров и в) типового состава лечебных и санитарно-противоэпидемических учреждений медицинской службы Красной Армии, а также порядка медицинского снабжения армии.

Большим событием того времени, имевшим принципиальное и практическое значение в деле организационного становления военно-медицинской службы Красной Армии, особенно в связи с начавшейся военной интервенцией и гражданской войной, явилась передача из бывшей Верховной ставки в Главное военно-санитарное управление всего лечебно-эвакуационного обслуживания войск. Телеграммой инспектора по санитарной части при Высшем военном совете от 4 июня 1918 г. № 163 эвакуационный отдел Военно-санитарного управления при Высшем военном совете полностью передавался в Главное военно-санитарное управление.

Первым начальником эвакуационного отдела Главного военно-санитарного управления был назначен К. Кузьминский.

В связи с запросом Народного комиссариата по военным делам о временном санитарном обслуживании вновь формируемых дивизий, Коллегией по военно-санитарному ведомству был отдан приказ № 97 от 4 июня 1918 г. Согласно этому приказу, организация обслуживания возлагалась на окружные санитарные управления. Интересна заключительная часть приказа, из которой видно насколько большое значение придавалось тогда профилактическим мероприятиям. «Начальникам окружных санитарных управлений, — говорилось в приказе, — принять срочные меры к всестороннему обследованию на местах санитарного состояния районов формирования дивизий с обращением особого внимания на источники водоснабжения, способ доставки и хранения пищевых продуктов, постановку дела ассенизации и разработать план противоэпидемической борьбы, обеспечив войсковые части всеми необходимыми для этой цели средствами».

Общественной политической трибуной, которой пользовались тогда врачи-большевики для идейной борьбы за принципы советского здравоохранения, явился официальный орган Совета врачебных коллегий «Известия советской медицины», во главе редакции которой стояла коллегия в составе: З. П. Соловьева, И. В. Русакова и М. Г. Вечеслова. Первый номер газеты вышел 15 мая 1918 г., а в ее четвертом номере была помещена статья члена Коллегии Главного военно-санитарного управления Н. А. Коста под заголовком «Военно-санитарная организация в Советской Республике», в которой подробно излагалась позиция Коллегии, касающаяся реализации принципов единой советской медицины применительно к условиям и задачам медицинского обеспечения Красной Армии.

Большую работу провела газета по подготовке съезда медико-санитарных отделов Советов, состоявшегося 15—18 июня в Москве и принявшего решение об организации Народного комиссариата здравоохранения РСФСР. Постановлением Совета Народных Комиссаров от 11 июля 1918 г. это решение было утверждено и во главе Народного комиссариата здравоохранения стал Н. А. Семашко и его заместителем З. П. Соловьев. Главное военно-санитарное управление вошло в состав Комиссариата в качестве военно-санитарного отдела.

15 июня 1918 г. приказом Народного комиссариата по военным делам № 444 Коллегия Главного военно-санитарного управления была упразднена, и введен принцип единоначалия в систему руководства военно-медицинской службой. Вопреки мнению Совета врачебных коллегий начальником Главного военно-санитарного управления был назначен А. А. Цветаев, который долгое время не хотел включать подведомственное ему управление в состав Народного комиссариата здравоохранения. Только после его снятия с должности начальника управления в сентябре 1918 г., постановление правительства было приведено в исполнение.

* *
*

Подводя итоги первого периода деятельности Главного военно-санитарного управления, можно прийти к выводу, что к концу «мирной передышки» и возобновлению военных действий на фронтах гражданской войны Главное военно-санитарное управление, в основном, было реорганизовано на основе принципов единой советской медицины. Оно уже не было тем старым, узко ограниченным в своих действиях органом, которому в первую мировую войну приходилось разделять власть со многими ведомствами и организациями, ведающими медицинским обеспечением царской армии. После победы Великой Октябрьской социалистической революции к моменту утверждения Народного комиссариата здравоохранения РСФСР Главное военно-санитарное управление превратилось в единый центр медицинской службы Красной Армии, которому удалось почти полностью ликвидировать многоначалие в военно-медицинском деле. Наиболее важным явилось то, что Коллегия Главного военно-санитарного управления добилась передачи в свое ведение эвакуационного дела, чем удалось ликвидировать существовавший в прошлом отрыв эвакуации от лечебных мероприятий. Был решен также вопрос о роли общественных организаций, в частности, Российского Общества Красного Креста на фронте и в тылу. Эти организации не должны были строить параллельную военно-медицинской службе сеть лечебно-санитарных учреждений, а обязаны были войти в единую систему медицинского обеспечения войск, сохраняя при этом полностью свое общественное значение. Коллегия добилась на местах тесного контакта военной медицины с гражданскими органами здравоохранения путем установления взаимной связи военно-санитарных управлений и отделов с врачебно-санитарными отделами Советов рабочих и крестьянских депутатов. Коллегия добилась правильного решения и в отношении обслуживающего среднего медицинского звена, создав для него благо-

приятные условия работы, улучшив положение медицинских сестер и предоставив лекарским помощникам — ротным фельдшерам — возможность закончить свое медицинское образование.

Придавая большое значение организационным вопросам, Коллегия создала специальный отдел — организационно-мобилизационный — с врачами-специалистами во главе. Отдел провел большую работу в области разработки организационной структуры медицинской службы Красной Армии как на фронте, так и в тылу. Им была начата работа и по учету медицинского имущества, сохранившегося от расформированных лечебных учреждений старой армии. Были определены порядок и формы военно-медицинского учета и отчетности.

Руководя работой ряда специальных комиссий, организационный отдел, помимо разработки положения об эвакуации, реализация которого задержалась не по его вине, дал богатейший материал по типизации лечебно-санитарных учреждений, управлению ими и по организации медицинского снабжения.

В условиях гражданской войны и военной интервенции медицинским работникам уже в боевых условиях пришлось проверять правильность начатой реорганизации и доводить до конца построение новой системы медицинского обеспечения Красной Армии. Гражданская война явилась лучшей школой, позволившей заложить прочный фундамент советской военной медицины и создать все необходимые предпосылки для воспитания военно-медицинских кадров, до конца преданных делу социалистической революции.



1918-1920

Глава II

СОВЕТСКАЯ ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА В ГОДЫ ИНОСТРАННОЙ ВОЕННОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ И ГРАЖДАНСКОЙ ВОЙНЫ (1918—1920 гг.)



Советская страна недолго пользовалась мирной передышкой. Внешние и внутренние враги Советского государства вынудили прервать мирное социалистическое строительство, на-

вязав советскому народу кровопролитную гражданскую войну. В результате высадки войск Антанты, захвативших 9 марта Мурманск и 2 августа Архангельск, в сентябре 1918 г. возникло марионеточное контрреволюционное «Временное верховное правительство Северной области». Во Владивостоке 5 апреля японцы высадили десант и оказали активную помощь мятежным выступлениям казачьих атаманов и генералов. С запада и юга угрожали немцы, которые своими штыками поддерживали на Украине гетмана Скоропадского, на Дону атамана Краснова. В Ростове-на-Дону начала формироваться на средства Антанты так называемая добровольческая армия.

В конце мая 1918 г. империалисты Антанты спровоцировали подготовленное ими контрреволюционное выступление против Советской власти Чехословацкого корпуса, который был сформирован из бывших военнопленных австро-венгерской армии. Под защитой иностранных штыков были созданы белогвардейские правительства: «Комитет членов Учредительного собрания» (Комуч) в Самаре, а затем «Верховного правителя России» — адмирала Колчака в Омске.

Так началась в России развязанная иностранными империалистами совместно с внутренней контрреволюцией вооруженная интервенция и гражданская война, продолжавшиеся около 3 лет. «Всем известно, — писал В. И. Ленин, — что война эта нам навязана; в начале 1918 года мы старую войну кончили и новой не начинали; все знают, что против нас пошли белогвардейцы на западе, на юге, на востоке только благодаря помощи Антанты...»¹.

В тяжелые годы военной интервенции и гражданской войны В. И. Ленин, возглавляя борьбу Коммунистической партии и трудового народа России против объединенных сил внутренней контрреволюции и мирового империализма, непосредственно руководил обороной молодого Советского государства. Самые различные стороны строительства Вооруженных Сил — их организация, комплектование, обучение, управление, снабжение, — а также и основные вопросы организации медицинского обеспечения войск разрабатывались и осуществлялись большевистской партией под руководством В. И. Ленина, на основе его предложений и указаний. Большинство этих вопросов решалось в Центральном Комитете большевистской партии, в Совете Рабоче-Кре-

¹ В. И. Ленин. Полное собрание сочинений, т. 38, стр. 51.

стьянской Обороны, а затем в Совете Труда и Обороны и в Совете Народных Комиссаров.

Военно-медицинскую службу, так же как и Красную Армию в целом, приходилось создавать заново. В огне иностранной интервенции и гражданской войны зарождались новые принципы медицинского обеспечения войск, закладывались основы принципиально новой по содержанию советской военной медицины. В основу организации медицинского обеспечения Вооруженных Сил страны были положены требования программы партии, разработанной В. И. Лениным и принятой в 1919 г. на VIII съезде РКП(б). Программа определила основные задачи партии и Советской власти в деле охраны здоровья трудящихся и обобщила богатый опыт партии в революционной борьбе рабочего класса против капиталистического гнета, нищеты и болезней. «В основу своей деятельности в области охраны народного здоровья» партия выдвигала «прежде всего проведение широких оздоровительных и санитарных мер, имеющих целью предупреждение развития заболеваний».

С середины 1918 г. все вопросы, относящиеся к гражданскому и военному здравоохранению, в том числе распределение сил и средств военно-медицинского ведомства, решались в Народном комиссариате здравоохранения. Такая централизация руководства делом здравоохранения молодой Республики Советов была обусловлена необходимостью, с одной стороны, внедрить единые принципы советского здравоохранения во все звенья и специализированные ответвления этой системы, одним из которых, в частности, была военно-медицинская служба Красной Армии. С другой стороны, в тяжелейших условиях гражданской войны требовалось исключительно целенаправленное и эффективное использование весьма ограниченных сил и средств советского здравоохранения соответственно конкретной обстановке, складывающейся как внутри страны, так и на многочисленных фронтах гражданской войны. А это могло быть достигнуто только на основе централизованного, единого руководства этими силами и средствами. Начальник Главного военно-санитарного управления входил в состав коллегии Наркомздрава, но вместе с тем строго руководствовался приказами, распоряжениями, инструкциями и наставлениями, издававшимися Революционным военным советом Республики.

В решающие годы этого периода начальниками Главного военно-санитарного управления были видные деятели советского здравоохранения и военной медицины М. И. Баранов и З. П. Соловьев; во главе медицинской службы фронтов находились крупные организаторы военной медицины: М. И. Барсуков, С. Е. Бурштын, Н. П. Воскресенский, Н. С. Деревенсков, В. Ф. Христофоров и другие, сыгравшие большую роль в развитии и реализации идей В. И. Ленина по организации гражданского и военного здравоохранения в стране. Внесли свой вклад в строительство советской военной медицины и такие опытные специалисты-организаторы медицинской службы старой царской армии, как А. И. Замятин, Н. А. Зеленев, П. П. Потираловский, П. И. Тимофеевский, К. Кузьминский и др.

30 ноября 1918 г. в целях мобилизации всех сил и ресурсов страны на разгром врага был создан Совет Рабоче-Крестьянской Обороны во

главе с В. И. Лениным. Это был чрезвычайный орган диктатуры пролетариата, вызванный к жизни условиями военного времени. Он координировал и направлял деятельность военных и гражданских ведомств и учреждений в центре и на местах, обеспечивая единство фронта и тыла. В. И. Ленин неизменно председательствовал в Совете Обороны,

руководя всей работой этого важнейшего государственного органа.

Протоколы заседаний Совета Обороны бережно хранятся как важнейшие ленинские документы в Центральном партийном архиве Института марксизма-ленинизма при ЦК КПСС. Внимательное изучение протоколов заседаний Совета Обороны дает возможность наглядно убедиться в том, что среди разнообразных вопросов, которые приходилось решать на его заседаниях, В. И. Ленин большое значение придавал вопросам организации здравоохранения Красной Армии. Эти же материалы убеждают в том, что Совет Обороны принимал на своих заседаниях конкретные решения по вопросам здравоохранения.

Уже 11 декабря 1918 г., т. е. в самом начале своей работы,

Совет Обороны обсуждает вопрос «о санитарном положении на Южном фронте» и предлагает Народному комиссариату здравоохранения принять экстренные меры для его улучшения. Специальное постановление по этому вопросу подписывает В. И. Ленин¹. 18 декабря 1918 г. Совет Обороны вновь возвращается к этому же вопросу и предлагает Главному военно-санитарному управлению еженедельно представлять краткий отчет о продвижении вагонов с санитарными грузами и о количестве врачей, прибывающих на фронт. Одновременно Совет



З. П. Соловьев.

¹ Ленинский сборник, XXXIV, стр. 64.

Обороны рекомендует Народному комиссариату здравоохранения создать резерв врачей, предназначенный для отправки на фронт. В этом же постановлении Главному военно-санитарному управлению было предложено внести в Революционный военный совет Республики проект постановления об увеличении заработной платы врачам и обеспечении их семей, обратить внимание на снабжение медикаментами 11-й армии через Астрахань¹.

В 1919—1920 гг. Совет Обороны на своих заседаниях неоднократно заслушивал доклады Н. А. Семашко, З. П. Соловьева, М. И. Баранова, Э. М. Склянского и других о санитарном положении на фронте и по каждому такому докладу намечал конкретные мероприятия, направленные на улучшение медицинской помощи раненым и больным.

На заседании Совета Обороны от 10 февраля 1919 г. под председательством В. И. Ленина было принято специальное постановление об улучшении работы военно-санитарных поездов². В частности, были приняты меры к увеличению скорости их движения. Категорически запрещалось использовать военно-санитарные поезда в качестве стационарных лечебных заведений.

25 июня 1919 г. на заседании Совета Обороны был заслушан доклад комиссии, созданной для разработки мер по улучшению военно-медицинского дела в армии. Совет Обороны принял постановление, в котором поручал М. И. Баранову отправиться немедленно на Южный фронт для всестороннего обследования положения с медицинским обеспечением войск на месте и срочной выработки мер по его улучшению. С таким же заданием Совет Обороны постановил отправить военно-санитарного инспектора при полевом штабе Л. Р. Ивановского на Западный фронт, снабдив его полномочиями от РВСР и Народного комиссариата здравоохранения³.

18 июля 1919 г. на заседании Совета Обороны был заслушан доклад начальника ГВСУ М. И. Баранова о результатах проверки состояния медицинского обеспечения войск на Южном фронте. По докладу было принято постановление, в котором предлагалось Народному комиссариату здравоохранения сосредоточить главное внимание «на санитарном состоянии Южного фронта». На этом же заседании Совет Обороны поручил «РВСР дать точную справку, имеет ли всякий приказ Главного санитарного начальника на фронте силу боевого приказа, а также дать проект постановления Совета Обороны о том, чтобы такие приказы имели силу боевых»⁴.

Вспоминая об этом периоде, Н. А. Семашко писал: «Я часто разъезжал тогда по фронтам для инспекции санитарной части. Ленин каждый раз снабжал меня мандатами за своей подписью, с самыми широкими полномочиями... Помню, один раз я обнаружил очень крупные беспорядки в обслуживании больных и раненых красноармейцев на станции Лиски: больные и раненые лежали почти без пищи, без ухода, не эвакуировались; коммунальное обслуживание было поставлено

¹ «Советское здравоохранение», 1962, № 11, стр. 66.

² ЦГАСА, ф. 100, оп. 3, д. 1219, л. 18.

³ «Советское здравоохранение», 1962, № 11, стр. 66.

⁴ Там же.

отвратительно. Вернувшись, я с возмущением рассказал об этом Владимиру Ильичу. Ох, как рассердился он тогда! Попало и медицинским, и немедицинским работникам»¹.

30 июля 1919 г. за подписью В. И. Ленина было принято специальное постановление Совета Обороны об улучшении военно-санитарного дела на фронте. В постановлении подробно излагались мероприятия, которые Совет Обороны считал необходимым провести в этих целях. В нем, в частности, было принято решение создать чрезвычайный военно-санитарный фонд. Военному ведомству предлагалось



М. И. Баранов.

снабжать военно-санитарные учреждения на фронте автотранспортом и гужевым в одну из первых очередей. Упорядочивался вопрос работы военно-санитарных поездов и их ремонта и поручалось Главсанупру в недельный срок представить в Совет Обороны план борьбы с эпидемиями.

26 августа 1920 г. состоялось специальное постановление Совета Обороны, подписанное В. И. Лениным, о ремонте, снабжении топливом и ассенизационным обозом военно-лечебных заведений. В постановлении указывалось, что своевременное окончание ремонта и снабжение госпиталей топливом являются делом первостепенной государственной важности.

В. И. Ленин неоднократно обращал внимание на то, чтобы под лечебные учреждения отводились лучшие помещения, и строго наказывал тех, кто нарушал это требование. Так, например, когда до

¹ Воспоминания о В. И. Ленине, т. 2. М., Госполитиздат, 1957, стр. 646.

В. И. Ленина дошли сведения о выселении лечебных учреждений Западного фронта из оборудованных помещений, он поставил этот вопрос на заседании Совета обороны 24 ноября 1920 г. В постановлении, принятом по этому вопросу, было сказано: «Ввиду создавшихся на Запфронте осложнений при размещении военно-лечебных заведений и случаев выселения их из занятых и приспособленных уже зданий для отвода последних штабам, канцеляриям, исполкомам, клубам и т. д. Совет Труда и Обороны постановляет: назначить Особую Комиссию с чрезвычайными полномочиями в составе представителей РВСР, Главсанупра, НКРКИ, которой поручить: а) немедленно урегулировать жилищный вопрос на Запфронте с тем, чтобы санитарной части армии предоставлена была возможность развернуть работу в соответствии с материальными средствами в объеме, вызываемом условиями местной обстановки; б) произвести расследование всех имевших место на Запфронте случаев выселения госпиталей из занимаемых ими помещений по распоряжениям военных или по требованиям гражданских властей, о чем представить доклад. Комиссии выехать в трехдневный срок. Решения Комиссии обязательны для всех заинтересованных учреждений»¹.

5 ноября 1919 г. Совет обороны заслушал доклад З. П. Соловьева о призыве на военную службу фельдшеров и принял соответствующий декрет. На этом же заседании был заслушан доклад Н. А. Семашко о поездке на Восточный фронт для обследования состояния военно-медицинской службы. В принятом постановлении было записано: «а) доклад принять к сведению, б) поручить тт. Маркову и Семашко к следующему заседанию представить доклад о принятых ими мерах для устранения затора санитарных поездов»².

Таким образом, В. И. Ленин на заседаниях Совета обороны ставил самые различные вопросы, относящиеся к охране здоровья личного состава Красной Армии. При этом подготовка отдельных важнейших решений Совета обороны по здравоохранению проходила через специально создаваемые для этой цели комиссии. Нередко в состав комиссий входили В. И. Ленин, Ф. Э. Дзержинский, В. А. Аванесов, М. С. Кедров, Д. И. Курский и другие видные деятели Коммунистической партии и Советского государства. Доклады, представляемые в Совет обороны Н. А. Семашко, З. П. Соловьевым, М. И. Барановым и другими, как правило, внимательно просматривались и изучались В. И. Лениным.

Неоднократно рассматривались различные вопросы организации медицинского обеспечения Красной Армии и на заседаниях Совета Народных Комиссаров. Так, например, в целях улучшения организации эвакуации раненых и больных 19 сентября 1918 г. Совет Народных Комиссаров вынес постановление об учете «всех перевозочных санитарных средств» в стране, что способствовало наиболее правильному и целесообразному использованию санитарного транспорта. Недостаточное количество военно-санитарного транспорта в войсках заставляло широко привлекать для эвакуации раненых и больных транспорт

¹ Тр. Военно-медицинского музея, т. VII. Л., 1958, стр. 78.

² ЦПА ИМЛ, ф. 19, оп. 3, д. 78, л. 2.

населения. Эта вынужденная мера обеспечивалась декретом Совета Народных Комиссаров «О поставке подвод от населения» от 2 декабря 1918 г., согласно которому местные Советы обязаны были нарядовать подводы от населения для перевозки больных и раненых красноармейцев по требованию начальников эвакуационных пунктов и начсанармов.

21 октября 1920 г. В. И. Ленин подписал декрет СНК «О помещениях эвакуационных пунктов, изоляционно-пропускных пунктов и лечебных заведений, находящихся в районе военных действий», 21 декабря 1920 г. — постановление СНК о мероприятиях, направленных на срочное проведение ремонтных работ в зданиях, занятых госпиталями и другими военно-медицинскими учреждениями¹. Эти Ленинские декреты помогли значительно улучшить размещение военно-лечебных учреждений и создать нормальные условия для проведения работы по оказанию помощи раненым и больным.

В. И. Ленин получал информацию об организации помощи раненым и больным на фронтах от начальников военно-медицинской службы фронтов, от военных советов фронтов² и лиц, командированных из центра для проведения той или иной работы на территории фронта. Так, 13 июля 1919 г. председатель ВЦИК М. И. Калинин направил В. И. Ленину из Кирсанова телеграмму, в которой указывал на необходимость обратить внимание на работу санитарной части Южного фронта. Во время пребывания на территории Южного фронта М. И. Калинин ознакомился с положением дел в учреждениях 162-го эвакуационного пункта в Грязях и 8 ноября 1919 г. направил следующую телеграмму в Москву В. И. Ленину и Народному комиссару здравоохранения Н. А. Семашко: «Положение 162-го эвакуационного пункта в Грязях безвыходное, больных и раненых 1300, из них 1000 тифозных, 50 желудочно-кишечных. Размещены чрезвычайно тесно, полной изоляции нет. Санпоездом 401 взято 5 ноября 420 человек. Ежедневное поступление 350. Из обслуживающего персонала больна половина, число больных увеличивается. Кроме «летучек», больные поступают товарными вагонами, есть случаи замерзания. Санпоездов нет. Требования начэвака остаются без последствий. Необходимы срочные меры направить Грязи ближайшие дни 3—4 санпоезда, выслать медперсонал и санитаров. При невозможности срочной эвакуации требуется немедленное развертывание ближайшем районе госпиталей. Пред. ЦИК Калинин»³.

Усилия всех органов гражданского и военного здравоохранения в этот период были направлены на максимальное расширение коечной сети, на формирование новых госпиталей для армии, перевязочных отрядов, эвакуационных пунктов и других медицинских учреждений. В результате огромной работы число эвакуационных пунктов⁴ с 20 в 1918 г. увеличилось до 70 в 1920 г., а число коек в них — с 20 000 до 400 000. В 1921 г. обеспеченность госпитальными койками Красной Ар-

¹ Тр. Военно-медицинского музея, т. VII. Л., 1958, стр. 78—79.

² ЦГАСА, ф. 6, оп. 6, д. 298, л. 209.

³ ЦГАСА, ф. 21670, оп. 1, д. 1, л. 304.

⁴ «Известия ВЦИК», № 249 от 6 ноября 1920 г.

мии достигла 10 коек на 100 чел. личного состава. При этом 65% составляли терапевтические и инфекционные койки и 15% хирургические¹.

В феврале 1919 г. в Москве состоялся I Всероссийский съезд начальников санитарных управлений фронтов и военных округов, который сыграл большую роль в решении организационных вопросов военной медицины. Съезд подытожил уже имевшийся опыт граждан-



Участники съезда начальников и комиссаров санитарных частей армий и фронтов. Февраль 1919 г.

ской войны и способствовал установлению единого организационного подхода к строительству военно-медицинской службы Красной Армии в условиях военного времени.

На съезде были обсуждены различные вопросы организации медицинского обеспечения войск. Особое внимание было обращено на организацию управления службой, организацию эвакуации, противоэпидемическую работу и организацию санитарного просвещения в армии.

* *
*

Особенно большое внимание Коммунистическая партия, Советское правительство и В. И. Ленин уделяли вопросам профилактики и борьбы с инфекционными болезнями в армии. Борьба с эпидемиями в политическом и военном отношении была не менее важной и трудной, чем борьба с интервентами и белогвардейцами. Решение этой

¹ Отчет IX Всероссийскому съезду Советов о деятельности Наркомздрава за 1921 г., М., 1921.

задачи имело большое оборонное значение. От нее в значительной степени зависела боеспособность Красной Армии, т. е. ход и исход войны.

Одной из главных причин массового распространения инфекционных болезней в период иностранной военной интервенции и гражданской войны в нашей стране явилось чрезвычайно тяжелое санитарно-эпидемическое состояние страны, доставшееся в наследство Советской власти от царского режима. Это состояние характеризовалось низким уровнем общей и санитарной культуры населения, высокой заболеваемостью и смертностью, наличием непрекращающихся эпидемий.

Первая мировая война, предшествовавшая Великой Октябрьской социалистической революции, привела к резкому ухудшению экономического положения царской России, дальнейшему обнищанию трудящихся масс, еще большему росту заболеваемости, смертности и распространению эпидемий как среди гражданского населения, так и в армии.

Распространению сыпного тифа и других инфекционных заболеваний в Красной Армии способствовали перебежчики и пленные из войск белогвардейских армий, инфекционная заболеваемость в которых была очень высокой. Эту причину особенно подчеркивал Н. А. Семашко, указывая, что в 60-тысячной армии противника, перешедшей на нашу сторону в первые же дни после разгрома Колчака и Дутова, 80% оказались зараженными тифом.

Начальник санитарного управления Юго-восточного фронта Н. П. Воскресенский в январе 1920 г. в телеграмме Главному военно-санитарному управлению и Народному комиссариату здравоохранения доносил, что при отступлении белыми оставлено солдат, больных паразитарными тифами, до 20 000 чел. и указывал на массовое распространение тифов среди гражданского населения в районе, занятом войсками фронта¹.

Тяжелое экономическое положение нашей страны в этот период не могло не отразиться на санитарно-эпидемическом состоянии населения и армии. Обстановка складывалась таким образом, что Советская Россия осенью 1919 г. оказалась отрезанной от своих основных продовольственных, сырьевых и топливных районов. Не хватало хлеба, не хватало мяса. Это приводило к ослаблению населения, делало его более восприимчивым к инфекции.

Сильное разрушение жилого фонда и коммунальных учреждений, вызванное войной, нарушение работы водопровода и канализации, загрязнение железнодорожных станций, на которых скоплялись огромные массы беженцев, также способствовали распространению инфекционных заболеваний и в то же время затрудняли борьбу с ними. Положение осложнялось еще и тем, что в силу экономической разрухи в стране ощущался острый недостаток в самом необходимом для организации борьбы с эпидемиями. Не хватало белья, мыла, дезинфекционных средств, нужного оборудования для дезинфекционных камер, бань и т. п.

¹ ЦГАСА, ф. 6, оп. 6, д. 337, л. 27.

Наибольшее распространение среди инфекционных заболеваний получили паразитарные тифы. Особенно свирепствовал сыпной тиф, заболеваемость которым в 1919 и 1920 гг. превысила 2 млн. чел. Всего с 1918 по 1922 г., по данным В. М. Жданова и Ю. Д. Лебедева, сыпным тифом переболело 6,5 млн. чел., возвратным тифом — 3,2 млн. чел. Большое распространение паразитарных тифов отмечалось и в войсках Красной Армии. Так, по данным А. Н. Сысина, с 1 октября 1918 г. по 1 октября 1920 г. в Красной Армии переболело сыпным тифом 573 882 чел. и возвратным — 780 870 чел.¹ Большую угрозу представляли и такие инфекционные болезни, как брюшной тиф, дизентерия, холера, оспа.

В эти же годы в Туркестане, на Кавказе, в Поволжье, центральных и южных губерниях широкое распространение получила малярия. Только в 1920—1921 гг. был зарегистрирован 1 774 431 случай заболевания малярией. Огромную опасность представляли также небольшие вспышки чумы, наблюдавшиеся в эти годы в Забайкалье и других районах. Наибольшее число заболеваний чумой — 646 было зарегистрировано в 1921 г.

Организуя борьбу с эпидемией сыпного и возвратного тифов, Народный комиссариат здравоохранения руководствовался в своей работе конкретными указаниями по этому вопросу Коммунистической партии, Советского правительства и лично В. И. Ленина. Мобилизуя трудящиеся массы на борьбу с сыпным тифом, В. И. Ленин вселял уверенность в успешности этой борьбы, говоря, что «спасти миллионы и десятки миллионов от голода и от тифа можно, спасение близко, надвинувшийся голодный и тифозный кризис можно преодолеть и победить вполне. Отчаиваться нелепо, глупо, позорно»².

28 января 1919 г. В. И. Лениным был подписан декрет Совета Народных Комиссаров РСФСР «О мероприятиях по сыпному тифу». В этом декрете содержалась программа действий по борьбе с развивающейся эпидемией. Нарком здравоохранения было вменено в обязанность еженедельно докладывать Совнаркому о ходе эпидемии и принимаемых против нее мерах. Всем советским, гражданским и военным органам в центре и на местах вменялось в обязанность оказывать полное содействие врачебно-санитарным органам в борьбе с сыпным тифом, удовлетворять все их требования и запросы, устраняя все препятствия к быстрому их осуществлению. Особое внимание уделялось усилению санитарно-просветительной работы среди населения и войск.

Вспоминая о заседании Совнаркома, на котором обсуждался проект этого декрета, Н. А. Семашко писал: «Началась пандемия тифов. Мы вырабатываем проект закона о мерах борьбы с сыпным тифом и вносим в СНК. В СНК помогает защищать его А. Сысин. Владимир Ильич внимательно слушает нас, целиком одобряет и поддерживает проект, и всего в каких-нибудь полчаса СНК принял закон, положивший потом начало для нашей противоэпидемической борьбы»³.

¹ А. С ы с и н. Санитарное состояние России в настоящем и прошлом. «Социальная гигиена», 1923, № 2, стр. 58.

² В. И. Л е н и н. Полное собрание сочинений, т. 37, стр. 467.

³ Н. А. С е м а ш к о. Ленин и Наркомздрав. «Бюллетень НКЗ», 1924, № 2—3, стр. 1—2.

Большое внимание делу организации борьбы с сыпным тифом В. И. Ленин уделяет в своем докладе на VII Всероссийском съезде Советов 5 декабря 1919 г. «Товарищи, — говорил на съезде Владимир Ильич, — все внимание этому вопросу. Или вши победят социализм, или социализм победит вшей!.. Главное наше внимание мы должны уделить тому, чтобы укрепить этот наш фундамент — хлеб, топливо, борьба с сыпняком... Если мы снабдим хлебом, если мы добьемся того, чтобы увеличить количество топлива, если мы напряжем все свои силы для того, чтобы стереть с лица русской земли сыпной тиф, — результат некультурности, нищеты, темноты и невежества, — если мы все те силы, весь тот опыт, который мы приобрели в кровавой войне, применим в этой войне бескровной, — мы можем быть уверены, что в этом деле, которое все же гораздо легче, гораздо человечнее, чем война, что в этом деле мы завоюем себе успеха все больше и больше»¹.

Большую роль в деле организации борьбы с эпидемией в годы иностранной военной интервенции и гражданской войны сыграли коллективные органы руководства в лице различных комиссий. Особого внимания заслуживает работа чрезвычайных санитарных комиссий по борьбе с эпидемией. Такие комиссии были созданы в войсковых частях и соединениях, в армиях и на фронтах, а также во всех крупных населенных пунктах.

24 октября 1919 г. на заседании Совета Обороны был заслушан доклад Н. А. Семашко о мерах борьбы с сыпным тифом в армии. По его докладу Совет Обороны принял постановление, в котором, в частности, предлагалось устанавливать обязательный карантин для воинских частей, имеющих 15% больных инфекционными заболеваниями; поручалось РВСР принять меры к тому, чтобы расквартирование воинских частей происходило после заключения санитарного надзора; предлагалось обеспечить помещениями лечебные учреждения, наладить снабжение бань дровами².

Многочисленные мероприятия по борьбе с эпидемиями в войсках предпринимались и по линии Совнаркома. Эти вопросы нашли широкое отражение в декрете СНК от 28 января 1919 г., подписанном В. И. Лениным. По этому декрету в войсках создавались комиссии по борьбе за чистоту и были приняты срочные меры по организации санитарного просвещения в войсках. Чрезвычайной комиссии по снабжению Красной Армии было предложено принять самые срочные меры по снабжению воинских частей и лечебных учреждений достаточным количеством белья и мыла.

В своих воспоминаниях Н. А. Семашко указывает: «Ленин чрезвычайно волновался и следил за всеми перипетиями нашей борьбы с сыпняком; внимательно выслушивал меня на приемах, ставил часто доклады на заседаниях СТО и СНК; больно бранил за упущения, горячо помогал во всех трудных моментах... По распоряжению Ленина Наркомздрав посылал в СТО ежемесячные письменные доклады о

¹ В. И. Ленин. Полное собрание сочинений, т. 39, стр. 410—411.

² ЦПА ИМЛ, ф. 19, оп. 3, д. 76, л. 2.

ходе борьбы с эпидемиями на фронтах. Каждую фразу и каждую цифру в этих докладах он обязывал тщательно проверять»¹.

14 ноября 1919 г. в «Известиях Всероссийского Центрального исполнительного комитета Советов» (№ 256) было опубликовано постановление Совета Обороны от 8 ноября 1919 г. о создании при Народном комиссариате здравоохранения особой Всероссийской комиссии по улучшению санитарного состояния Республики в составе 5 чел. В нее входили представители Всероссийской чрезвычайной комиссии, Политического управления Революционного военного совета Республики (РВСР), Всероссийского совета профессиональных союзов, организации работниц и Народного комиссариата здравоохранения. Постановление обязывало образовывать при местных органах Народного комиссариата здравоохранения комиссии в аналогичном составе. Всем комиссиям как в центре, так и на местах вменялось в обязанность следить за точным и неуклонным проведением в жизнь всеми органами и учреждениями Республики постановлений Советской власти в отношении санитарных мероприятий, оказывать содействие органам Народного комиссариата здравоохранения, наблюдать за деятельностью медико-санитарного персонала для борьбы с саботажем и недобросовестным исполнением служебных обязанностей. В протоколе Совета Обороны от 5 ноября 1919 г., когда обсуждался вопрос о составе комиссии по выработке проекта этого постановления, было записано: «Пополнить Комиссию тов. Лениным и поручить ей утвердить декрет от имени Совета Обороны»².

15 ноября 1919 г. в газете «Правда» была опубликована телеграмма исполкомам Советов городов Ряжска и Белева об организации «заразных санитарных городков» с общим числом 5000 коек. В этой телеграмме В. И. Ленин давал указания исполкомам Советов оказать всемерную помощь начальнику санитарного управления Южного фронта в предоставлении помещений, необходимом их ремонте и выполнении требований, которые будут предъявлены фронтом. Всего в 1920 г. для больных сыпным тифом было развернуто дополнительно 250 000 коек.

Большое значение в деле предупреждения распространения инфекционных заболеваний в стране и армии имели противоэпидемические мероприятия, проводимые на железных дорогах. 6 декабря 1919 г. В. И. Ленин подписал постановление Совета Обороны «О неделе очистки» всей сети железных дорог для приведения в должное санитарное состояние подвижного пассажирского состава, путей, вокзалов и других железнодорожных помещений.

Особенно большую роль для предупреждения распространения инфекционных заболеваний сыграли изоляционно-пропускные пункты, широкая сеть которых была создана по всей стране. Изоляционно-пропускные пункты предназначались для медицинского осмотра проходящих эшелонов и отдельных военных команд, для временной изоляции острозаразных и подозрительных больных, снимаемых с проходящих эшелонов, и для направления их в лечебные учреждения. В обя-

¹ Воспоминания о В. И. Ленине, т. 2, М., 1957, стр. 644—645.

² ЦПА ИМЛ, ф. 19, оп. 3, д. 78, л. 2.

занности врача изоляционно-пропускного пункта входило также следить за тем, чтобы каждый проходящий эшелон имел в своем составе не менее одного порожнего вагона для изоляции заболевших в пути.

По приказу Реввоенсовета № 1809 от 31 октября 1919 г. восстанавливались изоляционно-пропускные пункты отдела путей сообщения Народного комиссариата здравоохранения при станциях: «Уфа, Кинель, Сызрань, Пенза, Симбирск, Рязань, Саратов, Ртищево, Тамбов, Арзамас, Муром, Вологда, Ярославль, Бологое, Тула, Шиханы, Москва и др. Кроме того, при 16 крупных станциях функции изоляционно-пропускных пунктов возлагались на врачебно-питательные пункты и приемные покои системы Народного комиссариата здравоохранения. К ноябрю 1920 г. функционировало уже 298 изоляционно-пропускных и 26 карантинных пунктов. Таким образом, в годы гражданской войны по всей стране, на железнодорожных и водных путях сообщения, в том числе и на территории фронтов, была создана широкая сеть изоляционно-пропускных пунктов, которые сыграли большую роль в ограничении распространения эпидемий. Только в течение 1920 г. работниками этих пунктов было проверено 21 376 железнодорожных составов, подвергнуто санитарной обработке более полумиллиона человек, госпитализировано около 67 000 пассажиров, заболевших в пути¹.

Организуя борьбу с эпидемиями, В. И. Ленин лично отдавал множество указаний и распоряжений. 9 января 1919 г. В. И. Ленину по прямому проводу с Южного фронта были переданы материалы об угрожающем развитии эпидемии сыпного тифа, об отсутствии белья, бань. Командование фронта просило В. И. Ленина как председателя Совета Обороны распорядиться о срочной присылке на фронт белья, банных отрядов, прачечных, а также врачей и фельдшеров. В. И. Ленин передал запись разговора по прямому проводу Н. А. Семашко с надписью: «Семашко на отзыв срочно»². Командующий 8-й армией сообщал в телеграмме В. И. Ленину о массовом характере эпидемии тифа и просил санкционировать досрочный выпуск студентов 5-го курса Воронежского университета. В. И. Ленин дал указание Н. А. Семашко представить в Совет Обороны проект постановления³.

5 января 1920 г. Г. К. Орджоникидзе по телефону сообщил: «Передайте, пожалуйста, Владимиру Ильичу записку. В Харькове, Екатеринославле и других городах Украины свирепствует эпидемия тифа. Деникинцами и махновцами все население и больницы разграблены. Больные валяются без белья и в лохмотьях, покрытых вшами. Все меры, принимаемые нами в связи с отсутствием белья, сводятся к нулю. Обращаюсь к Вам, прошу Вашего распоряжения о немедленной высылке не менее 20 тысяч пар белья или материала. Санчасть Южного фронта отказала за неимением. Жду Вашего распоряжения. С горячим приветом Орджоникидзе». На записке резолюция В. И. Ленина: «Спешно по телефону Семашко»⁴. 6 января 1920 г. Народный комиссар здравоохранения Н. А. Семашко телеграммой доложил В. И. Ленину о принятых мерах по оказанию помощи Южному фронту.

¹ Отчет Наркомздрава к VIII съезду Советов, стр. 28.

² Тр. Военно-медицинского музея, т. VII. Л., 1958, стр. 31.

³ Ленинский сборник, XXIV, стр. 296.

⁴ Ленинский сборник, XXXV, стр. 101.

Советское правительство и лично В. И. Ленин придавали очень большое значение банно-прачечному и дезинфекционному обслуживанию войск. Так, декрет СНК от 28 января 1919 г. обязывал Чрезвычайную комиссию по снабжению Красной Армии принять самые срочные меры по снабжению воинских частей и госпиталей достаточным количеством белья и мыла. Постановлением Совета Рабоче-Крестьянской Обороны от 5 ноября 1919 г. предлагалось снабжать лечебные и санитарные учреждения, в том числе и бани, прачечные и дезинфекционные камеры дровами и другими видами топлива в первую очередь. «Вымыть Красную Армию, — писал З. П. Соловьев, вспоминая об этом периоде, — стало лозунгом момента. И, подобно росту госпитального аппарата, так же быстро создается мощный банно-прачечный аппарат, насчитывающий свыше 1200 банно-прачечных установок различных типов и дающий возможность мыть все 100% состава Красной Армии»¹. В конце 1918 г. в армии было всего несколько банно-прачечных и дезинфекционных отрядов, в 1920 г. армия имела уже мощный аппарат с суточной пропускной способностью в 100 000 чел.

Немаловажное значение в деле предупреждения распространения инфекционных заболеваний в стране и армии имело санитарное просвещение. Декретом СНК от 28 января 1919 г. вменялось в обязанность начальникам санитарных частей фронтов и флотов, окружных военно-санитарных управлений принять срочные меры по санитарному просвещению в красноармейских и флотских частях и военных госпиталях путем устройства лекций, бесед, раздачи брошюр и т. д. Местным медико-санитарным отделам предлагалось усилить санитарно-просветительную деятельность среди населения.

Декрет СНК от 28 января 1919 г. способствовал усилению санитарно-просветительной работы среди населения и войск. В развитие этого декрета на упомянутом выше I Всероссийском съезде начальников санитарных частей фронтов и военных округов был заслушан доклад об организации санитарного просвещения в Красной Армии начальника санитарной части Восточного фронта. В апреле 1919 г. были организационно оформлены штатные санитарно-просветительные отделения в санитарных частях фронтов, армий и военных округов. В результате проведенных мероприятий санитарно-просветительная работа в армии получает широкое развитие. Только в 1919—1920 гг. в Красной Армии было издано и распространено более 10 млн. различных листовок, плакатов, брошюр и журналов.

Благодаря мобилизации всех сил и средств гражданского здравоохранения, медицинской службы Красной Армии и активному участию в борьбе с эпидемией всего советского народа под руководством Коммунистической партии и Советского правительства удалось, несмотря на тяжелейшие условия, в которых находилась в то время наша страна, добиться перелома в ходе эпидемии, резко снизить заболеваемость в стране и армии и создать необходимые предпосылки для полной ликвидации эпидемии в ближайшем будущем. Уже в 1921 г. значительно снизилась заболеваемость паразитарными тифами. Не получили дальнейшего распространения брюшной тиф, дизентерия и

¹ З. П. Соловьев. Вопросы военной медицины, Л., 1955, стр. 46.

холера. В 1921 г. число заболеваний сыпным тифом уменьшилось по сравнению с 1920 г. в 6 раз.

Таким образом, еще на заре возникновения советской военной медицины были намечены пути для создания санитарного благополучия в войсках. Основным принципом лечебно-эвакуационного обслуживания инфекционных больных явилась организация лечения их на месте и недопущение эвакуации в глубь страны. С этой целью была развернута сеть инфекционных госпиталей. Именно в этот наиболее



Проведение предохранительных прививок. 1920 г.

трудный период для нашей страны была выработана система действенных противоэпидемических мероприятий, которая во многом содействовала созданию современной противоэпидемической организации. Основные принципы и организационные формы медицинского обеспечения войск, выработанные в этот период, получили свое дальнейшее развитие и совершенствование в годы мирного строительства.

* *
*

Медицинское обеспечение войск Красной Армии в годы иностранной военной интервенции и гражданской войны, также как и советское здравоохранение в целом, строилось на широкой общественной основе с привлечением партийных организаций, политотделов, красноармейцев и всей советской общественности. Повседневная забота Коммунистической партии, Советского правительства и лично В. И. Ленина и его соратников о здоровье трудящихся, о раненых и

больных воинах Красной Армии нашла свое отражение в создании специальных общественных санитарных организаций. К их числу необходимо отнести прежде всего Российское Общество Красного Креста.

По инициативе В. И. Ленина это Общество после Великой Октябрьской социалистической революции перестраивает свою работу на новых, социалистических началах и становится подлинно общественной организацией трудящихся. 7 августа 1918 г. В. И. Ленин подписал специальное постановление Совета Народных Комиссаров о Российском Обществе Красного Креста. В этом постановлении задачи советского Красного Креста были определены следующим образом: «Российское Общество Красного Креста во время войны и при народных бедствиях оказывает всеми имеющимися в его распоряжении средствами содействие правительственным врачебно-санитарным органам в деле помощи раненым, больным и военнопленным, а также пострадавшему от бедствий населению».

В соответствии с этим декретом Советский Красный Крест с первых дней иностранной военной интервенции и гражданской войны развернул большую работу по организации медицинской помощи раненым и больным воинам Красной Армии. Общество включалось своими средствами в общую систему медицинского обеспечения войск, помогая военно-медицинскому ведомству учреждениями, средствами и кадрами, мобилизуя советскую общественность на помощь раненым и больным воинам. На фронт было направлено в период гражданской войны свыше 400 различных медицинских учреждений. Только для лечения инфекционных больных Красным Крестом на фронтах было развернуто более 30 000 коек. Наряду с широкой деятельностью, проводившейся на фронте, Красный Крест развертывал госпитали, эпидемические отряды в тылу страны, оказывая медицинскую помощь гражданскому населению.

29 октября 1919 г. постановлением Всероссийского Центрального исполнительного комитета и Совета Народных Комиссаров, подписанным В. И. Лениным и М. И. Калининым, был создан Комитет помощи раненым и больным красноармейцам. Создание этого Комитета явилось ярким доказательством заботы партии и правительства о воинах молодой Советской Республики. В состав Комитета входили: председатель и его заместитель, назначенные Советом Народных Комиссаров, представители от ЦК РКП(б), ВЦИК, ВЦСПС, Народных комиссариатов: здравоохранения, по военным делам, продовольствия, финансов и государственного контроля. Комитет состоял при ВЦИК РСФСР.

Для улучшения положения больных и раненых красноармейцев на всей территории страны в ноябре 1919 г. Всероссийский комитет постановил образовывать губернские комиссии помощи больным и раненым красноармейцам при губернских исполкомах. В постановлении говорилось, что «главной задачей губернских комиссий является возбуждение интереса в трудовом населении по улучшению судьбы воинов Красной Армии посредством печати, лекций, бесед на фабриках, заводах и пр.»¹.

¹ ЦГАСА, ф. 4, оп. 3, д. 53, л. 420.

Комитет развернул большую работу как на фронте, так и в тылу. Помощь трудящихся в деле улучшения положения раненых и больных красноармейцев проявлялась в самых разнообразных формах. Особое значение она приобретала в ходе наступательных операций, когда войска Красной Армии быстро продвигались вперед, а медицинские учреждения в силу разрухи на железнодорожном транспорте вынуждены были от них отставать. В этих условиях медицинской службе фронтов часто приходилось создавать новые лечебные учреждения, используя для их организации главным образом местные средства.

Без помощи трудящихся медицинская служба вряд ли справилась бы с этой задачей. Трудящиеся приводили в порядок помещения для госпиталей, заготавливали и доставляли топливо. В лечебных учреждениях, срочно формируемых на местах, женщины-добровольцы ухаживали за тяжелоранеными и больными. Большое количество белья и теплой одежды для раненых и больных собирали рабочие и крестьяне. Так, например, после освобождения Харькова от деникинских войск в декабре 1919 г. нужно было на месте срочно создать и оборудовать госпитали. По решению РВС Южного фронта и Губревкома было решено собрать белье и различное оборудование среди местных жителей. В результате было собрано большое количество кроватей, постельных принадлежностей, нательного белья и много других вещей. С 15 декабря 1919 г. по 17 января 1920 г. в Харькове санитарной частью 14-й армии было сформировано 6 госпиталей на 3740 коек, которые были в основном оборудованы и оснащены на месте благодаря помощи трудящихся¹.

Можно привести много других примеров, когда при срочной организации на местах тех или иных лечебных учреждений военно-медицинская служба и местные органы здравоохранения выделяли медицинский персонал и необходимое медицинское имущество, все же остальное для нормальной работы лечебного учреждения собирали трудящиеся. Большую помощь получали лечебные учреждения Красной Армии от крестьян, доставлявших продовольствие в госпитали и выделявших транспорт для перевозки раненых и больных. Рабочие многих предприятий отчисляли в фонд раненых и больных часть своей заработной платы.

Для советских людей личное участие в помощи раненым и больным воинам являлось естественным выражением патриотического долга и любви к своей армии. М. И. Калинин, выступая в сентябре 1919 г. на митинге рабочих Тулы, говорил: «Наша святая обязанность — окружить Красную Армию самой глубокой любовью и симпатией, чтобы каждый красноармеец, уходящий на фронт, чувствовал, знал, что, если он будет ранен, то его раны будут омыты с глубокой любовью и симпатией. Каждая крестьянка, каждая работница все свое внимание, все свое участие должна направить на Красную Армию.»²

Выступая на съезде рабочих и служащих кожевенного производства в октябре 1920 г., В. И. Ленин сказал: «...всякая помощь, оказан-

¹ ЦГАСА, ф. 102, оп. 6, д. 22, л. 28.

² Профсоюзы СССР в создании Красной армии 1918—1920 гг., 1940, стр. 175—176.

ная в тылу красноармейцам, немедленно превращается в усиление Красной Армии, в укрепление их настроения, в уменьшение числа болезней и в увеличение наступательной способности.»¹.

Одной из форм привлечения трудящихся масс к делу помощи раненым и больным красноармейцам было проведение «недель» и «дней раненого и больного красноармейца». Так, на заседании Коллегии Народного комиссариата здравоохранения 19 сентября 1919 г. был заслушан доклад начальника Главного военно-санитарного управления об организации «Дня раненого красноармейца». В принятом решении предлагалось Главному военно-санитарному управлению провести все необходимые подготовительные мероприятия по этому вопросу, привлечь для этих целей отдел санитарного просвещения Народного комиссариата здравоохранения и Красный Крест и представить доклад на Коллегию.

«День раненого красноармейца» впервые проводился в Москве и в ряде других городов 2 ноября 1919 г. В его организации приняла большое участие политическая инспекция Главного военно-санитарного управления, а также Комитет помощи больным и раненым красноармейцам. В Москве и других городах проводились митинги, собрания. В эти дни в лечебные учреждения приходили рабочие и крестьяне, приносили подарки. Для раненых и больных силами общественности устраивались концерты. На заводах, фабриках, в учреждениях и воинских частях проводились собрания, на которых выносились решения об отчислении для раненых и больных той или иной части заработной платы или части пайка. О проделанной работе широко сообщалось в печати. В газетах публиковались обращения к населению с соответствующими призывами. В городах и селах в эти дни расклеивались листовки, призывающие население к помощи больным и раненым красноармейцам.

Кроме «дней» и «недель раненого красноармейца» в городах и селах, на территории различных фронтов и в тылу организовывались и проводились «недели фронта», «недели борьбы с холодом», «недели водоснабжения» и т. п. Проведение этих мероприятий способствовало улучшению санитарного и эпидемического состояния населенных пунктов, казарм, воинских частей, железных дорог, приводило к улучшению бытовых условий красноармейцев, находящихся в лечебных учреждениях.

Таким образом, деятельность Комитета проявлялась в различных формах привлечения трудящихся к делу помощи раненым и больным красноармейцам. Начав свою деятельность осенью 1919 г., Комитет развернул особо большую работу в 1920 г. В тяжелых условиях гражданской войны, блокады и интервенции помощь партии и содействие широких масс трудящихся дали возможность советскому здравоохранению, несмотря на недостаточность медицинских кадров и необеспеченность лечебными и профилактическими средствами, преодолеть трудности и заложить основы санитарного благополучия. Большое значение для деятельности Комитета имело выступление В. И. Ленина в журнале «Раненый красноармеец» с призывом «На помощь раненому

¹ В. И. Ленин. Полное собрание сочинений, т. 41, стр. 332—333.

красноармейцу!». В этом обращении говорилось: «С необыкновенным трудом, мучительно медленно нам удастся все же, благодаря героизму рабочих и всех трудящихся, поднимать и восстанавливать разрушенное царем и капиталистами хозяйство. Как-никак дело все же пошло понемногу в гору. Но все наши трудности и мучения — ничто по сравнению с тем, что выпало на долю раненому красноармейцу, про-



Санитарно-распределительный пункт на Варшавском вокзале. 1920 г.

ливающему кровь на защиту рабочей и крестьянской власти от панов и капиталистов Польши, науськиваемых капиталистами Англии, Франции, Америки.

Пусть же каждый в тылу помнит о своем долге — помогать всем, чем можно, раненому красноармейцу.»¹

* *
*

В годы военной интервенции и гражданской войны в Красной Армии имелись большие трудности с укомплектованием войск медицинским составом. По инициативе В. И. Ленина была значительно увеличена подготовка медицинских кадров и проведена коренная реформа высшего медицинского образования. Двери высшей медицинской школы широко открылись для пролетарской молодежи. При высших учебных заведениях создавались рабочие факультеты. Несмотря на

¹ В. И. Ленин. Полное собрание сочинений, т. 41, стр. 156.

тяжелые экономические условия, в которых находилась страна в 1918—1922 гг., было открыто 16 новых высших медицинских учебных заведений.

29 июля 1918 г. был издан первый декрет Совета Народных Комиссаров за подписью В. И. Ленина о мобилизации медицинского персонала. Все более обострявшаяся военная обстановка, увеличение численности армии и угрза развития эпидемии сыпного тифа потребовали издать еще ряд таких декретов в 1918 г. (29/VIII, 12/XI, 28/XII). В результате этих призывов в армию влилось много новых медицинских работников. Казалось бы, что эти призывы должны были быстро пополнить некомплект медицинского состава в Красной Армии. Но этого не произошло, так как численный состав армии продолжал все время расти, а начавшиеся эпидемии требовали направления на фронт все большего количества медицинских работников. О большом некомплекте медицинского состава в армии после проведенных мобилизаций можно судить по следующим данным.

В телеграмме от 6 марта 1919 г. В. И. Ленину РВС Южного фронта сообщал, что санитарное состояние Южного фронта является крайне тяжелым. В этой же телеграмме указывалось, что недостает 63% врачей, 67% лекарских помощников и 40% фармацевтов. Съезд начсанармов и заведующих санитарными частями дивизий Южного фронта, происходивший в Козлове с 10 по 14 марта 1919 г., в своих решениях также отмечал большой некомплект медицинского персонала Южного фронта, достигавший среди врачей 65%, лекпомов 66% и фармацевтов 45%¹.

Таким образом, несмотря на ряд мобилизаций медицинского персонала, проведенных в 1918 г., некомплект врачей, фельдшеров и фармацевтов на фронтах оставался высоким. В связи с этим на заседании 18 декабря 1918 г. Совет Обороны рекомендовал Наркомздраву создать резерв врачей, предназначенных для отправления на фронт. Он обязал также ГВСУ представлять в Совет Обороны еженедельно данные о количестве врачей, прибывших на фронт, и подготовить проект постановления об увеличении жалованья врачам и обеспечении их семей².

9 апреля 1919 г. в «Известиях ВЦИК» было опубликовано постановление Совета Обороны от 7 апреля 1919 г., в котором предписывалось произвести немедленный выпуск всех студентов-медиков 5-го курса и призвать их на военную службу с обязательным отъездом на фронт не позже 10 апреля с. г. Это постановление вызвало сопротивление со стороны руководства отдельных медицинских факультетов. В. И. Ленин лично должен был отклонять ходатайства университетов об отсрочке выпуска врачей и отправки их на фронт. Так, например, на телеграмму ректора Воронежского университета об отсрочке выпуска студентов-медиков 5-го курса В. И. Ленин ответил: «Никакие отсрочки невозможны. Постановление Совета Обороны должно быть немедленно исполнено. Предсовобороны Ленин»³.

¹ ЦГАОР УССР, ф. Санчасти Южного фронта за 1919 г., оп. 1, д. 1, л. 53—54.

² «Советское здравоохранение», 1962, № 11, стр. 65.

³ Ленинский сборник, XXXIV, стр. 109.

Проведение указанных мероприятий дало возможность значительно увеличить численность медицинского состава, направляемого на фронты. Так, по неполным отчетным данным, с 4 января по 20 сентября 1919 г. было распределено по фронтам 5598 лиц медицинского состава. В результате этого удалось значительно уменьшить некомплект медицинского состава в Красной Армии с 40—50% в 1919 г. до 20—25% к концу 1920 г.

В годы гражданской войны и иностранной военной интервенции начался трудный процесс перестройки Военно-медицинской академии применительно к нуждам и потребностям Красной Армии. Не сразу



Группа «красных» сестер милосердия г. Симбирска. 1919 г.

стала академия центром подготовки военных врачей для Вооруженных Сил молодой Советской Республики, научным центром советской военной медицины. Слишком велико еще было влияние дореволюционных традиций и устоев, верность которым открыто декларировала часть профессоров и преподавателей академии. В руководящем органе академии — конференции — неоднократно обсуждался вопрос о выходе академии из подчинения военному ведомству, об автономности академии, об объединении академии на федеративных началах с Петроградским университетом.

И все же историческая заслуга академии состоит в том, что она под руководством молодой, вначале совсем малочисленной партийной организации (в конце 1919 г. в ячейку РКП(б) академии входило всего 15 чел. — 6 членов партии и 9 сочувствующих) при участии прогрессивной части профессоров и преподавателей сумела преодолеть стоявшие перед ней трудности и выполнить свой патриотический долг

перед Родиной. Вызванный революцией процесс расслоения русской интеллигенции широко охватил профессорско-преподавательский состав и студентов академии. Лишь немногие из них оказались в лагере контрреволюции и, убоявшись трудностей и лишений, сопровождавших первые годы строительства Советской власти, эмигрировали за границу. Подавляющая же часть профессоров и преподавателей, в том числе и такие всемирно известные ученые, как И. П. Павлов, С. П. Федоров, Г. И. Турнер, В. А. Оппель, Н. П. Кравков, С. В. Лебедев, Г. В. Хлопин осталась на своем посту и честно выполняла свой врачебный долг и обязанности воспитателей молодых военных врачей. Далеко не все они понимали политическую сущность происходивших событий величайшего исторического значения и разделяли идеи Великого Октября, но, верные своему долгу, не допустили саботажа в стенах Военно-медицинской академии.

Ярким показателем такого отношения подавляющей части профессоров и преподавателей академии к происходившим событиям является резолюция, принятая ими в один из наиболее драматичных периодов иностранной военной интервенции и гражданской войны, когда немецкие войска в феврале 1918 г. предприняли наступление на Петроград: «Академия горячо отзывается на призыв защиты Родины, немедленно принимая все меры к широкой организации помощи больным и раненым и формируя специальные группы из врачей и студентов для борьбы с возникшими эпидемиями, вместе с тем продолжает по возможности свои научно-учебные занятия и лечебную деятельность, заканчивает чтение лекций в кратчайший срок и производит экзамены».¹

Несмотря на исключительно большие трудности в работе кафедр и клиник академии, порожденные сложной обстановкой гражданской войны, особенно продовольственным и топливным кризисом в Петрограде, академия ни на один день не прекращала своей деятельности. Обучение студентов продолжалось, хотя «лекции читались в нетопленных аудиториях», а «рабочая площадь лабораторий сократилась до минимума».² Были произведены три выпуска врачей: в 1918 г. — 136 чел., в 1919 г. — 174 чел., в 1920 г. — выпуска врачей не было; в 1921 г. — 59 чел. Почти все молодые врачи, окончившие академию, были направлены в распоряжение ГВСУ для укомплектования медицинских подразделений и учреждений Красной Армии.

В это же время в академии были организованы и систематически работали краткосрочные курсы по подготовке и переподготовке среднего и младшего медицинского персонала. Академия готовила «красных» сестер, санитаров из числа переболевших сыпным тифом красноармейцев, дезинфекторов. Были организованы даже санитарно-просветительные курсы для комиссаров медицинских учреждений.

Высококвалифицированные специалисты академии, например, профессора В. А. Оппель, С. С. Гирголав, В. Н. Шевкуненко, преподаватели Ф. И. Валькер, П. А. Куприянов, В. А. Павленко выезжали на

¹ Цит. по кн.: П. П. Гончаров. Очерки по истории Военно-медицинской академии в послеоктябрьский период. Л., 1960, стр. 28—29.

² Е. Н. Павловский. Военно-медицинская академия Красной Армии за 140 лет (1798—1938). Краткий исторический очерк. Л., 1940, стр. 45.

фронт для оказания практической помощи медицинской службе действующей Красной Армии. В дни героической обороны Петрограда от банд Юденича в академии было сформировано и направлено на фронт три хирургических отряда; каждый из них состоял из 1 врача-хирурга, 2 студентов старших и 15 младших курсов. Аналогичные отряды были сформированы академией и в дни Кронштадтского контрреволюционного мятежа в 1921 г.

Большой вклад внесла академия в борьбу с эпидемиями и голодом. Ее профессора и преподаватели принимали активное участие в заседаниях и совещаниях, созываемых Петроградским Советом, выступали с программными докладами на созванном в феврале 1920 г. съезде по борьбе с сыпным тифом и последовавшей за ним в мае 1920 г. конференции по борьбе с голодом. С докладами по этим вопросам выступали профессора и преподаватели академии: Н. Н. Аничков, Н. К. Розенберг, Е. Н. Павловский, С. В. Висковский, Я. Л. Окуневский, В. А. Углов и многие другие. Ряд сотрудников академии, в частности профессор Троицкий, преподаватели Поггенполь и Куковеров, погибли на своем служебном посту в борьбе с сыпным тифом.

Самоотверженная работа личного состава Военно-медицинской академии в годы иностранной военной интервенции и гражданской войны была высоко оценена в грамоте Всероссийского Центрального Исполнительного Комитета в связи со 125-летием со дня основания академии. «С первых дней Красного Октября и до последнего времени, — говорится в этой грамоте, — Военно-медицинская академия ни на один день не прерывала своей учено-учебной работы. В тяжелых условиях, испытывая зачастую недостаток во многом необходимом для своей деятельности, академия делила эти трудные дни с Красной Армией и давала ей год за годом свежие, молодые кадры военных врачей».

Высоко оценил деятельность академии в своем приказе № 2769 1923 г. и Революционный военный совет Республики. В приказе говорится: «Ряд высококвалифицированных работников Военно-медицинской академии личной работой в армиях гражданских фронтов значительно содействовал улучшению лечебной и эвакуационной деятельности полевых санитарных учреждений. Большие кадры сотрудников академии несли работу в полевых учреждениях на рядовых врачебных должностях. Еще более численно были представлены в действующей армии питомцы академии, врачи ее выпусков.

При территориальной близости боевых участков Военно-медицинская академия высылала на поля сражений врачебные отряды, сформированные полностью из своего состава. Деятельность этих отрядов отмечена также большим самоотвержением... РВС чтит память сотрудников и воспитанников академии, с честью павших на страже здоровья трудящихся на революционных, военных и санитарных фронтах».

Но в целом деятельность академии в то время еще не претерпела коренных изменений. Подготовка слушателей велась без учета требований, предъявляемых военно-медицинской практикой. В учебном плане академии военно-медицинские предметы представлены не были. Не преподавались слушателям академии и социально-экономические дисциплины; они были введены в программу обучения в 1922 г.

Реформы обучения назревали, но они были осуществлены уже после окончания гражданской войны, в период мирного социалистического строительства нашей Родины.

В числе принятых в академию в 1920 и особенно в 1921 гг. была уже значительная прослойка выходцев из рабоче-крестьянской среды; многие слушатели были активными участниками гражданской войны, коммунистами. Начиная с 1920 г. ячейка РКП(б) академии стала численно возрастать и к 1921/22 учебному году достигла 100 чел. членов и кандидатов партии. Коммунисты академии возглавляли все проводимые реформы по перестройке учебных планов, привлекая на свою сторону передовых профессоров, преподавателей и пролетарскую часть слушателей.

Коммунистическая партия, Советское правительство и лично В. И. Ленин проявляли большую заботу о медицинских работниках. В 1919 и 1920 гг. был издан ряд декретов Совета Народных Комиссаров, постановлений Совета Обороны, касавшихся улучшения труда и быта медицинских работников. Так, например, декретом СНК от 10 апреля 1919 г., подписанным В. И. Лениным, предлагалось местным Советам депутатов, железнодорожным управлениям и военным властям принять все меры к облегчению тяжелой работы врачей и другого медицинского персонала, работающего по борьбе с эпидемиями. Предлагалось, в частности, улучшить продовольственное снабжение медицинского состава путем выдачи дополнительных пайков, улучшить жилищные условия. Этим же декретом устанавливался порядок выдачи единовременных пособий и пенсий семьям медицинских работников, погибших в борьбе с эпидемиями. Врачам, фельдшерам и медицинским сестрам, перенесшим сыпной тиф или какую-либо другую тяжелую заразную болезнь, предоставлялось право по выздоровлении на продолжительный отпуск с сохранением содержания. Вменялось в обязанность всех местных органов власти организовать надлежащее снабжение и ремонт медицинских учреждений, обеспечивать медицинский персонал при его разъездах по делам службы транспортом. 20 января 1920 г. состоялось специальное постановление Совета Обороны «Об улучшении положения работников лечебно-санитарного дела».

Проявленная в годы гражданской войны забота партии и правительства о медицинском составе, несомненно, способствовала улучшению его работы. На VII Всероссийском съезде Советов в 1919 г. В. И. Ленин говорил: «Конечно, есть еще такие врачи, которые относятся с предубеждением и недоверием к рабочей власти и предпочитают получать гонорар с богатых, чем идти на тяжелую борьбу с сыпным тифом. Но таких меньшинство, таких становится все меньше, а большинство — таких, которые видят, что народ борется за свое существование, видят, что он хочет решить своей борьбой основной вопрос спасения всякой культуры, — и эти врачи вкладывают в это тяжелое и трудное дело не меньше самопожертвования, чем любой военный специалист. Они согласны дать свои силы на работу для трудящихся».¹

¹ В. И. Ленин. Полное собрание сочинений, т. 39, стр. 410.

За самоотверженную работу и героизм многие медицинские работники в годы гражданской войны были награждены орденами Красного Знамени, ценными подарками, грамотами Реввоенсовета Республики, отмечены благодарностями в приказах командования и Главного военно-санитарного управления. За храбрость и героизм, проявленные на фронтах гражданской войны, высокой правительственной наградой — орденом боевого Красного Знамени — были награждены 86 врачей, фельдшеров, медицинских сестер, санитарок



Группа участников гражданской войны — медицинских работников, награжденных орденом Красного Знамени. Сидят (слева направо) в 1-м ряду медицинские сестры: Холодова, Патрикеева, Панова; во 2-м ряду: Янсон, Попова, Семенова; стоят (слева направо): Зубкова, Булле, врач Р. М. Азарх.

и санитаров, комиссаров и политруков санитарных частей, военных госпиталей и эвакуационных пунктов¹.

В числе первых награжденных орденом Красного Знамени за героическую работу по оказанию помощи раненым в годы гражданской войны были младший врач перевязочного отряда Даревская, врач 8-го Туркестанского стрелкового полка Г. И. Дубровский, старший врач 4-го Латышского полка П. И. Гончаров, врач армейского госпиталя П. П. Ксюнин, лекарский помощник эскадрона 51-го кавалерийского полка Е. А. Щукин, сестра милосердия 2-го Эстонского стрелкового полка Е. Ю. Кайдо, сестра милосердия бронепоезда № 1 Е. И. Нельзина, санитарка 19-го кавалерийского полка Т. Плотникова и ряд других медицинских работников Красной Армии.

¹ А. И. Нестеренко. О медработниках — первых кавалерах ордена Красного Знамени. «Советское здравоохранение», 1965, № 3, стр. 38—43.

Вот что сказано в немногих строках официальных рапортов и наградных листов о героических делах некоторых из них.

Младший врач перевязочного отряда 3-го запасного стрелкового полка Вера Даревская была удостоена этой высокой награды за то, что 27/X 1919 г. выдвинула отряд-«летучку» в обстреливаемую неприятелем деревню Куприяновку, где находилось много раненых. Там в течение суток она работала под пулеметным и ружейным огнем неприятеля, постоянно рискуя жизнью. Старший врач 4-го Латышского полка Латышской дивизии П. И. Гончаров был награжден орденом Красного Знамени «за то, что в бою под хутором Преображенским 7 июня 1920 г. под действительным артиллерийским, пулеметным и ружейным огнем противника убирал с поля сражения раненых красноармейцев, оказывая им медицинскую помощь в сфере огня». В этот же день, когда полк с соседними частями перешел в контрнаступление, тов. Гончаров следовал за полком с «санлетучкой». В лесу «летучка» была неожиданно атакована 7-ю неприятельскими казаками, но благодаря решимости и храбрости врача Гончарова, который совместно с тремя санитарями отбил нападение казаков, «летучка» и раненые были спасены от неминуемого плена и гибели¹.

«Оглядываясь на пройденный путь, вспоминая все те тяготы, труды и лишения, которые выпали на службу здравоохранения Красной Армии, — писал З. П. Соловьев, — мы с чувством глубочайшего уважения должны отметить самоотверженную работу, доходившую нередко до подлинного подвига, которую совершили служба здравоохранения в целом и многие ее работники в эпоху гражданской войны»².

В приказе № 130 от 22 ноября 1919 г. по санитарной части 13-й армии указывалось, что «по сообщению дивизионного врача 9-й стрелковой дивизии на перевязочный отряд 3-й бригады 9-й дивизии в настоящих тяжелых условиях легла трудная обязанность по оказанию помощи больным и раненым в г. Старый Оскол. Отряд до подхода 1016 госпиталя сумел широко развернуться и принять 500 больных, нуждающихся в тщательном уходе; персонал, с доктором Василенко во главе, неустойчиво работал и, проявив необходимую организационную энергию, справился с этой задачей. Всему личному составу 3-го бригадного перевязочного отряда 9-й стрелковой дивизии была объявлена благодарность за самоотверженную работу по оказанию помощи больным и раненым красноармейцам»³.

Славный боевой путь прошли вместе с воинами Первой конной армии медицинские сестры Елена Фирковская, Василиса Чумакова и Пелагея Тоцкая. Елена Фирковская под огнем противника выносила с поля боя раненых бойцов и командиров, оказывала им первую помощь. Василиса Чумакова была неоднократно ранена, но никогда не покидала поля боя. Пелагея Тоцкая проявила беспример-

¹ А. И. Нестеренко. О медработниках — первых кавалерах ордена Красного Знамени. «Советское здравоохранение», 1965, № 3, стр. 42.

² З. П. Соловьев. На рубеже нового десятилетия. Итоги и перспективы здравоохранения в Красной Армии. М., 1928.

³ ЦГАСА, оп. 23, д. 62, л. 84.

ное мужество и отвагу в боях с белополяками под городом Броды в 1920 г. Все они за храбрость и отвагу были награждены орденом Красного Знамени.

На страницах газет можно было нередко встретить в то время корреспонденции, отмечающие героическую работу медицинского состава. Например, в газете «Красный кавалерист» от 31 августа 1920 г., № 222, была помещена корреспонденция под заголовком «Героиня-санитарка».

«Санитарка 5 эскадрона 19 кавполка 4 кавдивизии Т. Плотникова, в течение целого года исполняя должность сестры в эскадроне, принимала участие во всех боях, находясь постоянно в передовой цепи. Под огнем она делала перевязки раненым героям. В бою под станцией Егорлыкской, когда три сотни кадет прорвались в тыл наших цепей, она храбро бросилась в атаку на зарвавшуюся банду и метким выстрелом из револьвера уложила белогвардейского офицера. Увлеченные ее примером бойцы с новой силой бросились в атаку и совершенно уничтожили зарвавшийся полк противника. За все ее подвиги РВС Первой конной армии в своем заседании 9 августа 1920 г. постановил: наградить санитарку Плотникову орденом Красного Знамени и золотыми дамскими часами».

В газете 13-й армии «Красный воин» от 1 августа 1920 г., в статье «Коммунистки-санитарки» отмечался героизм «красных» сестер и санитарок во время боев на левом берегу Днепра.

Имеется много примеров, когда под Тамбовом во время мамонтовского прорыва врачи, «красные» сестры и «красные» санитары спасали санитарные поезда, переполненные больными и ранеными, из-под обстрела белогвардейцев.

В. И. Ленин чрезвычайно высоко оценил труд медицинских работников. Обращаясь 1 марта 1920 г. к делегатам II Всероссийского съезда работников медико-санитарного труда, он говорил: «Быть может, после военного фронта никакая другая работа не давала столько жертв, как ваша»¹.

Советское правительство в своем постановлении от 26 октября 1928 г. дало высокую оценку работы медицинской службы Красной Армии в годы гражданской войны: «ВЦИК и СНК РСФСР считают необходимым отметить, что благодаря советской системе единства организации и управления делом здравоохранения и самоотверженности медицинских работников на фронтах гражданской войны и эпидемий удалось отстоять здоровье Красной Армии, закрепившей завоевания Октября. Многочисленные жертвы павших на этих фронтах медицинских работников не будут забыты рабочими и крестьянами Советской Республики»².

* * *

В годы иностранной военной интервенции и гражданской войны основные организационные принципы медицинского обеспечения

¹ В. И. Ленин. Полное собрание сочинений, т. 40, стр. 188.

² Из постановления ВЦИК и СНК РСФСР «К десятилетию советской медицины» от 20 октября 1928 г.

Красной Армии получили последовательное развитие в соответствии с особенностями обстановки, складывающейся на различных фронтах. Изучение архивных материалов и анализ ряда руководящих документов, изданных Народным комиссариатом здравоохранения и Главным военно-санитарным управлением Красной Армии убедительно доказывают ошибочность мнения, высказывавшегося в ряде опубликованных в прошлом работ о том, что в период гражданской войны якобы не существовало единых установок в области медицинского обеспечения войск и вместо них на местах всюду процветала сплошная импровизация. Действительно, одной из характерных особенностей медицинского обеспечения Красной Армии в годы иностранной интервенции и гражданской войны было многообразие организационных форм этого обеспечения на разных фронтах и в различные периоды войны. Это своеобразие медицинского обеспечения Красной Армии порождалось несоответствием старых, привычных по опыту медицинской службы царской армии организационных форм новым условиям маневренных боевых действий. Немалое, а иногда и решающее влияние оказывали трудности связи периферии с центром, а также географические особенности отдельных театров военных действий.

Но вместе с тем несомненно и то, что медицинское обеспечение Красной Армии строилось и видоизменялось на основе общих принципов, выработанных советской военной медициной. Еще в самом начале войны — 10 ноября 1918 г. Народным комиссариатом здравоохранения и Народным комиссариатом военных и морских дел была утверждена «Временная инструкция учреждениям, ведающим эвакуацией». Согласно этой инструкции, эвакуационное дело целиком передавалось в ведение органов медицинской службы. Тем самым было положено начало созданию единой стройной системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск Красной Армии, построенной на основе строгого сочетания лечебных и эвакуационных мероприятий. Возникла реальная возможность для претворения в жизнь принципов этапного лечения, которые были предложены профессором В. А. Оппелем еще во время первой мировой войны 1914—1918 гг., но не могли быть реализованы в условиях царской армии.

Согласно инструкции, общее управление делом эвакуации больных и раненых в пределах республики сосредоточивалось в Главном военно-санитарном управлении, которое руководствовалось заданиями, полученными от военного командования и согласовывало свою деятельность с работой Управления военных сообщений. В военных округах руководство делом эвакуации сосредоточивалось в эвакуационных отделах окружных военно-санитарных управлений. При эвакуационных отделах Главного военно-санитарного управления, окружных военно-санитарных управлений и при эвакуационных пунктах учреждались соответственно главное, окружное и пунктовые (при каждом эвакуационном пункте) эвакуационные совещания из представителей заинтересованных ведомств для предварительного обсуждения и согласования вопросов эвакуации.

Главное военно-санитарное управление, совместно с Управлением военных сообщений, устанавливало пути следования больных

и раненых с фронта в тыл. Все больные и раненые с определенного участка фронта поступали из войскового лечебного заведения на ближайший головной эвакуационный пункт. Головной эвакуационный пункт эвакуировал установленные категории больных и раненых на районный эвакуационный пункт. При значительном удалении головных эвакуационных пунктов от районных на узловых железнодорожных станциях открывались вспомогательные эвакуопункты. Районный эвакуационный пункт распределял и эвакуировал больных и раненых на местные эвакуационные пункты, которые являлись конечными этапами эвакуации.

Эвакуационный отдел ГВСУ разрабатывал планы эвакуации для всей территории республики по заданиям командования, составлял предположения о числе необходимых госпитальных мест и о распределении их по округам, представлял начальнику ГВСУ соображения о формировании новых медицинских учреждений для нужд эвакуации, ведал учетом эвакуируемых и распределением их по округам, вел учет свободных и занятых коек.

Однако эта инструкция не была полностью лишена тех пороков, которые имелись во «Временном положении об эвакуации раненых и больных», действовавшем в русской армии в период первой мировой войны. Существенным недостатком инструкции являлось то, что основное внимание было направлено на эвакуацию раненых и больных с передовых этапов в тыл, в то время, как организация лечения раненых и больных в полевых лечебных учреждениях не получила должного освещения. Поэтому в дополнение к этой основной инструкции были разработаны: «Временная инструкция по эвакуации больных и раненых от боевой линии дивизии до головного эвакуационного пункта», объявленная приказом № 4 Народного комиссара здравоохранения от 14 декабря 1918 г. и «Инструкция начальникам эвакуационных пунктов». Эти руководящие документы определяли последовательность развертывания и предназначение этапов медицинской эвакуации, организуемых медицинской службой для обеспечения боевых действий Красной Армии. В частности, во «Временной инструкции» предусматривались следующие задачи эвакуации: «Эвакуируя в тыл потерявших боеспособность воинов, дивизия по возможности оставляет в своем районе, во-первых, тех из них, транспортировка коих недопустима по состоянию их здоровья, и во-вторых, всех тех, для возвращения коих в свои части и команды требуется лишь короткое время, как например: легкораненых и легкобольных, легко контуженных, нервнопотрясенных, переутомленных. Характер и интенсивность эвакуации зависят от того, находится ли дивизия в состоянии боя или позиционного затишья, готовится ли к бою или последний уже закончился, предстоит ли передвижение или дивизия остается на месте».

Большое значение в улучшении дела организации специализированной медицинской помощи имело введение осенью 1919 г. в штат санитарного управления фронта должностей фронтовых консультантов. В положении о фронтовых консультантах, объявленном в приказе РВСР № 1528 от 22 сентября 1919 г. говорилось: «Для организации различных видов специальной врачебной помощи боль-

ным и раненым красноармейцам, а также для дела борьбы с заразными болезнями при каждом управлении санитарных частей фронтов утверждаются должности фронтовых консультантов: хирурга, психо-невропатолога, венеролога и эпидемиолога»¹.

Фронтовым консультантам вменялась в обязанность организация специальных госпиталей или госпитальных отделений, в зависимости от потребности в таковых и от местных условий, а также общее наблюдение за постановкой дела специального лечения. Они должны были наблюдать за правильным распределением врачей-специалистов фронта и вести строгий их учет.

Приказ по военно-санитарному ведомству № 186 от 16 декабря 1919 г. требовал от начальников санитарных управлений фронтов представлять в ГВСУ ежемесячные отчеты фронтовых консультантов о их деятельности по организации различных видов специальной врачебной помощи, по устройству специальных лечебных заведений и специальных отделений и кабинетов при госпиталях и лазаретах, по организации команд выздоравливающих и по другим вопросам, входящим в круг ведения фронтовых консультантов².

Однако несоответствие количества и качества наличных медицинских учреждений конкретным условиям обстановки, складывающейся на многочисленных фронтах гражданской войны, отсутствие резервных медицинских учреждений в распоряжении центра, разруха на железнодорожном транспорте и остро ощущавшийся недостаток гужевого транспорта не давали возможности руководству медицинской службы своевременно и в нужных размерах развертывать коечную сеть эвакуационных пунктов и осуществлять маневр медицинскими учреждениями. В этих условиях, а также в связи с маневренным характером боевых действий, свойственных периоду гражданской войны, получило широкое распространение создание небольших подвижных формирований — подвижных отделений госпиталей, «летучих» санитарных отрядов, перевязочных «летучек» и т. п., которые следовали непосредственно за войсками. Весьма часто практиковалось развертывание лечебных учреждений, не обеспеченных гужевым транспортом, по возможности вблизи железной дороги, нередко даже в железнодорожных вагонах. При большой протяженности грунтовых путей эвакуации практиковалась организация промежуточных этапов в виде перевязочно-питательных пунктов или отрядов. Довольно часто прибегали к созданию медицинских учреждений, не предусмотренных типовыми штатами, за счет местных средств и ресурсов. При этом, в частности, широко использовалось трофейное имущество, оставленное отступающим противником.

Указанное многообразие организационных форм медицинского обеспечения Красной Армии в период иностранной военной интервенции и гражданской войны свидетельствует не только об отсутствии достаточного числа штатных средств и их несоответствии своеобразным условиям боевых действий, но и о широком размахе твор-

¹ Сборник приказов РВСР по Военно-санитарному ведомству за 1919—1920 гг., Пг., 1926, стр. 6.

² ЦГАСА, ф. 3, оп. 1, д. 36, л. 101.

ческой инициативы военно-медицинских работников на местах. И это представляет собой вполне закономерное явление для рассматриваемого периода истории Советского государства. То, что было невозможно в условиях царской армии, где инициатива, идущая снизу от подчиненных не только не поощрялась, но всемерно подавлялась, стало одним из могучих средств, обеспечивающих решение сложных и разнообразных задач, возникавших перед медицинской службой Красной Армии.

Рассмотрим теперь, как же решались эти задачи в конкретных условиях военных событий гражданской войны. К сожалению, мы лишены возможности дать последовательный их разбор на всех фронтах и этапах войны, поскольку до настоящего времени многие из сторон деятельности медицинской службы Красной Армии во время отдельных операций и периодов гражданской войны остаются не разработанными. Поэтому придется ограничиться лишь показом наиболее характерных этапов развития организационных форм медицинского обеспечения Красной Армии и некоторых специфических для гражданской войны особенностей этого обеспечения.

Период первоначального становления системы и организационных форм медицинского обеспечения Красной Армии с наибольшей отчетливостью проявился в 1918 г. на Восточном фронте, где разворачивались наиболее важные события так называемого первого похода Антанты. Именно здесь были фактически впервые определены принципы и организационные формы медицинского обеспечения Красной Армии в условиях боевых операций гражданской войны.

В июне 1918 г., когда войска Восточного фронта вели активную оборону против наступавших из Самары вверх по Волге белогвардейских частей, при Революционном военном совете Восточного фронта, находившемся тогда в Казани, был создан Главный полевой санитарный отдел. Это был впервые созданный после перехода к строительству регулярной Красной Армии орган управления медицинской службы фронта. А так как штата «санитарной части фронта», утвержденного центром, в то время еще не было, РВС Восточного фронта утвердил 12/VII 1918 г. временный штат Главного полевого санитарного отдела в составе четырех отделений (личного состава, хозяйственного, санитарно-гигиенического и эвакуационного). При штабе каждой армии были созданы по тому же типу санитарные отделы. Им были подчинены заведующие санитарной частью группы войск (должность, аналогичная начальнику санитарной части дивизии), которые непосредственно ведали «летучими» санитарными отрядами, обеспечивающими войска.

В последующем, в конце 1918 г., т. е. накануне зимнего наступления Колчака, приказом № 80 РВС Восточного фронта от 8 ноября 1918 г. было введено новое временное положение, согласно которому Главный полевой санитарный отдел переименовался в Управление санитарной части фронта со штатом в 55 сотрудников. Новый штат устанавливал четыре отдела: административно-мобилизационный с отделениями личного состава и мобилизационным; санитарный отдел (впоследствии переименованный в лечебно-гигиенический) с отделениями санитарно-лечебным, санитарно-статистическим и

фармацевтическим; эвакуационный отдел с отделениями эвакуационно-пунктовым и транспортным; отдел финансово-контрольный с отделениями финансово-контрольным и хозяйственным. Фармацевтическое отделение было впоследствии реорганизовано в самостоятельный отдел медицинского снабжения управления санитарной части фронта.

17 января 1919 г. приказом по войскам Восточного фронта в штат лечебно-гигиенического (б. санитарный) отдела управления было дополнительно включено отделение по санитарному просвещению или, как оно вначале называлось, культурно-просветительное, в составе трех сотрудников. Этим было положено начало организации санитарного просвещения на фронтах гражданской войны. При управлении санитарной части Восточного фронта находились главная постоянная врачебная комиссия и резерв медицинских и хозяйственно-административных работников.

По новому положению, начальник санитарной части фронта назначался Наркомздравом с согласия и утверждения РВС фронта и подчинялся командующему фронтом.

Начальнику санитарной части фронта предоставлялось право непосредственно докладывать РВС фронта и присутствовать на всех его заседаниях. При начальнике санитарной части учреждалось периодически созываемое фронтовое санитарное совещание в составе заведующих отделами управления, начальников санитарных частей армий и лиц по приглашению начальника управления. Начальник санитарной части фронта имел право назначать и перемещать личный состав ме-



С. Е. Бурштын — начальник санитарной части Северного, Юго-западного и Южного фронтов.

дицинской службы фронта, а также мобилизовать находившихся на территории фронта гражданских медицинских работников, если в этом возникала необходимость. Он был правомочен в случае нужды использовать все лечебные учреждения гражданского ведомства, аптеки и аптечные склады.

Крайняя разбросанность фронта, его большое протяжение, необходимость систематического инструктажа медицинских работников на местах из-за отсутствия у них должного опыта руководства медицинскими учреждениями заставили руководство медицинской службой создать новое своеобразное учреждение. Приказом по войскам Восточного фронта № 82 от 8 ноября 1918 г. при управлении санитарной части была учреждена санитарная инспекция фронта, во главе которой был поставлен старый большевик О. И. Сомов. Имея собственный вагон, снабженный справочной литературой санитарная инспекция разъезжала по фронту, осматривала госпитали, эвакуационные пункты, учреждения и давала им все необходимые указания. По этому же образцу в дальнейшем была организована и санитарная инспекция на других фронтах.

Боевые действия на Восточном фронте, как, впрочем, и на других фронтах гражданской войны, имели преимущественно маневренный характер. Чаще всего они развивались вдоль железных дорог. Наряду с войсковыми частями и соединениями типового состава, встречались небольшие отряды, сохранившие структуру партизанских формирований. На фронте ощущалась острая нехватка врачей и фельдшеров, в результате чего не представлялось возможным создать в каждом таком отряде, состоявшем иногда не более чем из 200 чел., только лишь ему принадлежащую медицинскую часть. Поэтому Главный полевой санитарный отдел Восточного фронта выдвинул новый тип полевых медицинских учреждений в виде «летучих» санитарных отрядов. Отряды обслуживали дивизии или группы войск с таким расчетом, чтобы на каждые 1000 чел. личного состава действовавших в бою войсковых соединений приходился один «летучий» санитарный отряд. Передвижение «летучих» санитарных отрядов производилось, в зависимости от боевой обстановки, по указанию дивизионного врача или начальника санитарной части группы войск. Временный штат «летучего» санитарного отряда предусматривал начальника отряда (старшего врача), его помощника (младшего врача), 1 старшего и 2 младших лекарских помощников, 4 старших санитаров, 28 носильщиков и 12 рядовых для обоза. Отряду полагалось иметь 9 двуколок и 3 парные повозки.

Идея создания «летучих» санитарных отрядов была одобрена большинством начальников санитарных частей армий, дивизий и групп войск. Работая непосредственно вблизи линии боя, отряд обеспечивал оказание раненым и больным первой врачебной помощи и их транспортировку из боевой зоны на головную железнодорожную станцию или на речную пристань, где обычно находились санитарный поезд или пароход. Здесь оказывалась неотложная хирургическая помощь, для чего использовались помещение, инструменты и перевязочный материал санитарного поезда (парохода). По мере накопления больных и раненых с ближайшей тыловой станции вызывался

резервный санитарный поезд, а загруженный ранеными поезд направлялся на соответствующий эвакуационный пункт, куда и сдавал раненых. При каждой группе войск различной численности находилось минимум 2 «летучих» санитарных отряда и два санитарных поезда.

Когда Красная Армия перешла согласно приказу РВСР № 220 1918 г. к типовым штатам войсковых частей и учреждений, то такие формирования, как отдельные отряды, были включены в состав полков. Естественно, возник вопрос и о реорганизации войсковой меди-

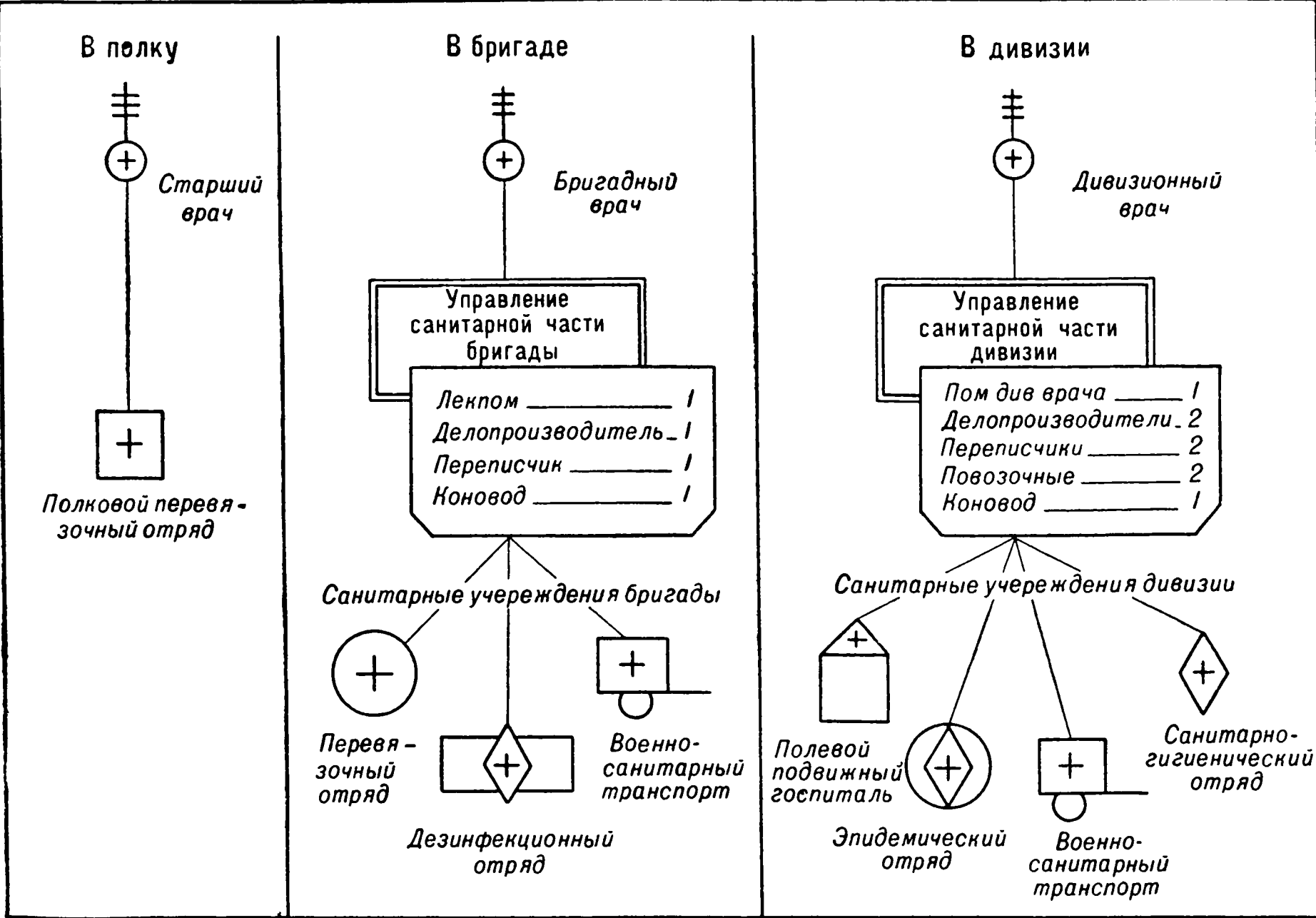


Схема организации медицинской службы Красной Армии согласно приказу РВСР № 220, 1918 г.

цинской службы. «Летучие» санитарные отряды были переданы в подчинение полков, а в дальнейшем переименованы в полковые перевязочные отряды. Согласно этим же типовым штатам, в стрелковой бригаде полагалось иметь перевязочный отряд с состоявшим при нем дезинфекционным отрядом и военно-санитарный транспорт (50 санитарных двуколок), в стрелковой дивизии — 2 полевых подвижных госпиталя, эпидемический отряд («лечебное заведение на 60 коек»), санитарно-гигиенический отряд и военно-санитарный транспорт численностью в 50 двуколок. Однако в связи с большими трудностями укомплектования указанных медицинских формирований личным составом, транспортом и медицинским имуществом директивой РВСР № 1652/352 от 10 октября 1919 г. число полевых подвижных госпиталей было сокращено до одного на стрелковую дивизию, а количество санитарных двуколок в военно-санитарных транспортах

дивизии и бригады уменьшено с 50 до 28. Одновременно в штат стрелковой бригады вводился бригадный лазарет на 60 коек.

Растянутость эвакуационных линий на Восточном фронте обусловила необходимость создания еще одного нетипового медицинского учреждения — перевязочно-питательного пункта. Он являлся промежуточным этапом эвакуации, в обязанности которого входило оказание неотложной медицинской помощи раненым и больным и их питание в пути следования. Эти пункты, или как их еще называли перевязочно-питательные отряды, в дальнейшем получили одобрение центра, и приказом РВСР и Наркомздрава от 9 октября 1919 г. было установлено разрешать начальнику санитарной части фронта формировать их по мере надобности. Такой отряд по штатному расписанию должен был пропускать ежедневно до 200 чел.

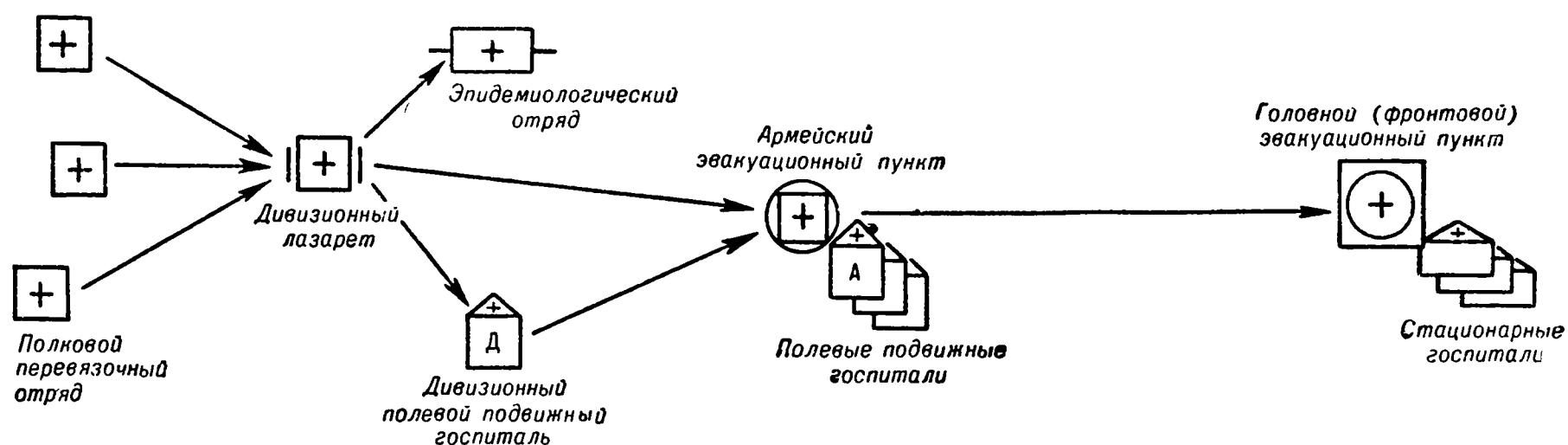


Схема лечебно-эвакуационного обеспечения войск Красной Армии в 1918 г. на Восточном фронте.

В связи с опубликованием ряда руководящих инструкций, введенных в действие приказами РВСР и Народного комиссариата здравоохранения, которые регламентировали лечебно-эвакуационное обеспечение Красной Армии, РВС Восточного фронта 20 ноября 1918 г. (приказ РВС № 106) утвердил новый порядок эвакуации раненых и больных и временный штат армейского эвакуационного пункта. Согласно принятой на Восточном фронте временной инструкции, устанавливался порядок эвакуации, показанный на схеме лечебно-эвакуационного обеспечения войск Красной Армии на Восточном фронте 1918 г. Первым этапом эвакуации, принимавшим раненых с поля боя, был полковой перевязочный отряд; здесь раненым и больным оказывалась первая врачебная помощь. В случае надобности в батальон мог выделяться вспомогательный (батальонный) перевязочный пункт с аналогичной задачей. Все больные и раненые из полковых перевязочных отрядов поступали в дивизионный лазарет, расположенный не далее 10 км от полковых перевязочных отрядов. Если фронт дивизии был растянут, то к одному из отдаленных флангов приближалось подвижное лечебное заведение (полевой подвижный госпиталь) для параллельной работы с дивизионным лазаретом.

Все раненые и больные, поступавшие в дивизионный лазарет, после оказания хирургической помощи и регистрации распределялись на следующие группы: легкораненые и больные, а также тяжело-раненые, нуждающиеся в неотложных операциях, отправлялись

в дивизионный полевой подвижный госпиталь; нуждающиеся в длительном лечении эвакуировались в армейские эвакуационные пункты. Раненые и больные, не могущие вынести никакой транспортировки, оставались в дивизионном лазарете. Дивизионный полевой подвижный госпиталь располагался в тылу дивизионного лазарета с таким расчетом, чтобы в случае отхода войск была бы обеспечена планомерная эвакуация больных и раненых в тыл, а при непосредственной угрозе и своевременное перемещение самого госпиталя. Инфекционные больные из дивизионного лазарета направлялись для лечения в эпидемиологический отряд дивизии, который располагался в тылу дивизионного лазарета на тех же основаниях, что и полевой подвижный госпиталь.

Все больные и раненые, назначенные для дальнейшей эвакуации из дивизионного лазарета, поступали в армейский эвакуационный пункт, который обычно располагался при станции железной дороги или речной пристани. Армейский эвакуационный пункт состоял из канцелярии, приемника на 100 коек, изолятора и приданных и приписанных к нему госпиталей. Он принимал всех больных и раненых, эвакуируемых из дивизионных лазаретов, осуществлял их сортировку и распределял для лечения между полевыми подвижными госпиталями. Здесь оставляли и далее не эвакуировали раненых и больных со сроками лечения приблизительно в течение трех недель. Дальнейшая эвакуация на головной (фронтальной) эвакуационный пункт производилась лишь в случае необходимости предоставить больным и раненым длительное специальное лечение, при переполнении лечебных учреждений армейского эвакуационного пункта и по оперативным соображениям.

Головной эвакуационный пункт разворачивался предпочтительно на узловых станциях железных дорог. Являясь фронтовым этапом эвакуации, он нес также функции конечного (тылового) эвакуационного пункта, распределяя больных и раненых для лечения в приданных и приписанных ему госпиталях. Армейский эвакуационный пункт подчинялся непосредственно начальнику санитарной части армии. Он должен был поддерживать тесную связь с головным эвакуационным пунктом, на который он опирался, сообщая ему сведения о движении больных и раненых. Головные эвакуационные пункты с приданными им учреждениями подчинялись непосредственно начальнику управления санитарной части фронта.

В дальнейшем приказом ГВСУ от 5 февраля 1919 г. за № 24 все армейские, головные, вспомогательные и местные (развернутые на территории фронта с функциями головных) эвакуационные пункты с приданными и приписанными к ним лечебными учреждениями и санитарными поездами были переданы в полное распоряжение управлений санитарной части фронтов. Для Восточного фронта это означало изъятие из непосредственного ведения военных округов и передачу фронту всех эвакуационных пунктов, развернутых в таких городах, как Вятка, Казань, Симбирск, Самара, Пенза и Нижний Новгород, что создавало благоприятные предпосылки для значительно более широкой госпитализации больных и раненых в пределах фронта. Однако это потребовало организовать в пределах подчиненных

фронту эвакуационных пунктов различные виды помощи: хирургической, терапевтической, неврологической, глазной, кожно-венерической и др.

В связи с этим было признано целесообразным организовать специализированные госпитали на 250—300 коек для хирургических, терапевтических, инфекционных и кожно-венерических больных. Для таких специальностей, как болезни глаз, уха, горла и носа, нервной системы в госпиталях выделялись отделения на 50 и более мест. Специфика гражданской войны выдвигала на первое место терапевтические виды помощи, так как больных было во много раз больше, чем раненых; остро стоял вопрос о размещении инфекционных больных, особенно сыпнотифозных. Для них, помимо выделенных инфекционных госпиталей, создавались особые санитарные городки. Во всех госпиталях, согласно директиве ГВСУ, стала вводиться пропускная система приема раненых и больных.

В связи со специализацией госпиталей была проведена большая работа по распределению между ними хирургического инструментария, медицинского имущества и белья, соответственно установленному профилю. Приказом по Восточному фронту были введены нормы питания больных и раненых и определены права и обязанности медицинского персонала. Всего на Восточном фронте к концу марта 1919 г. было развернуто свыше 21 000 госпитальных коек; в октябре того же года количество коек превысило 32 000.

Транспортировка больных и раненых с поля боя до полковых перевязочных отрядов и дивизионного лазарета производилась средствами полковых перевязочных отрядов, а при необходимости — транспортом дивизионного лазарета. Эвакуация от дивизионного лазарета в дивизионный полевой подвижный госпиталь и далее до армейского эвакуационного пункта производилась преимущественно санитарными «поездами-летучками», а от армейского эвакуационного пункта до головного — постоянными санитарными поездами.

Таким образом анализ руководящих документов, в которых излагались принципы медицинского обеспечения боевых действий Красной Армии и организационной структуры медицинской службы, сложившейся к концу 1918 г., свидетельствует о завершении периода первоначального организационного становления советской военной медицины. Организационно-штатная структура медицинской службы действующей армии определилась соответственно установленной РВСР организации войск. Определелись также и руководящие положения системы медицинского обеспечения Красной Армии. В отличие от прошлого эта система предполагала организационное единство лечебных и эвакуационных мероприятий и создание отчетливо выраженного и организационно оформленного армейского звена медицинской службы. Особенности боевой обстановки и местных условий требовали гибких форм организации медицинского обеспечения Красной Армии, что приводило к практике создания нетиповых формирований медицинской службы. Крайне неблагоприятная санитарно-эпидемиологическая обстановка повлекла за собой необходимость создания ряда противоэпидемических учреждений и всемерного ограничения эвакуации инфекционных больных, если это было возможно по условиям оперативной обстановки.

Следующим важным этапом развития медицинской службы Красной Армии был 1919 год. Несмотря на разгром Колчака на востоке и войск генерала Юденича под Петроградом американские и англо-французские империалисты не прекратили попыток задуть молодую Советскую Республику и организовали против нашей страны новый военный поход. Во втором походе Антанты центр тяжести был перенесен с востока на юг. Главной ударной силой международного империализма явилась на этот раз так называемая добровольческая армия Деникина.

Обстановка, сложившаяся к осени 1919 г., была очень сложной. Это был, как вспоминает К. Е. Ворошилов, решающий переломный момент гражданской войны. Снаряженные «союзниками» белогвардейские полчища Деникина подходили к Орлу. Весь громадный Южный фронт медленными валами откатывался назад. Внутри страны положение было также тяжелым. Продовольственные затруднения чрезвычайно обострились. Промышленность останавливалась от недостатка топлива. В стране и даже в самой Москве зашевелились контрреволюционные элементы. Непосредственная опасность нависла над Тулой, враг угрожал Москве.

Потребовались героические усилия Коммунистической партии, Советского правительства и всех трудящихся нашей страны, чтобы отстоять великие завоевания Октября, свободу и независимость социалистической Родины. В результате мероприятий Коммунистической партии и Советского правительства по укреплению войск фронта, в октябре 1919 г. Южный фронт переходит в решительное наступление и осуществляет успешный разгром Деникина.

Деятельность медицинской службы в период операции войск Южного фронта по разгрому Деникина проходила в своеобразных и крайне тяжелых условиях. В войсках был большой некомплект медицинского состава (табл. 1). Нехватало медицинских учреждений, транспорта, медицинского имущества.

Т а б л и ц а 1 *

**Укомплектованность медицинским составом войск
Южного фронта на 1 декабря 1919 г.**

Категория медицин- ского состава	Числилось по штату	Состояло налицо	Недо- става- ло	Процент не- комплекта
Врачи	1842	1236	606	32,9
Лекпомы	4932	3404	1528	30,7
Фармацевты	764	524	240	32,7

* ЦГАСА, ф. 100, оп. 7, д. 24, л. 1

Столь значительный некомплект медицинского состава в войсках Южного фронта сильно затруднял работу медицинской службы. Трудности в укомплектовании медицинской службы войск фронта во

многом зависели от очень высокой инфекционной заболеваемости медицинского состава. В целях уменьшения некомплекта пришлось в широких размерах прибегать к мобилизации медицинского персонала на местах и осуществлять ряд организационных мероприятий по наиболее рациональному использованию медицинских кадров. Большое значение имела подготовка младшего медицинского персонала на организованных Санитарным управлением фронта курсах медицинских сестер, санитаров и дезинфекторов.

В начале операции по разгрому Деникина в эвакуационных пунктах Южного фронта имелось 79 лечебных учреждений с общим числом штатных коек и мест 28 643. В ходе операции ряд головных и вспомогательных эвакуационных пунктов был передан в распоряжение начальников санитарных частей армий. Тем самым удалось значительно увеличить емкость коечной сети армий. Общее количество коек и мест в армиях Южного фронта в большинстве случаев превышало официально установленное для армейского эвакуационного пункта число коек — 3000.

Отсутствие в войсках достаточного количества конносанитарного транспорта вынудило медицинскую службу широко использовать для эвакуации раненых и больных нетиповые повозки местного населения. Обычно эти повозки привлекались на 1—2 рейса по нарядам местных ревкомов. Основным средством эвакуации раненых и больных в армейском и фронтовом тылу являлись военно-санитарные поезда и «летучки». Количество военно-санитарных поездов, приписанных к Южному фронту в период операции, колебалось в пределах от 34 до 40.

Санитарные потери Южного фронта за операцию (октябрь-ноябрь 1919 г.) составили 81 252 чел. Из общего числа санитарных потерь пораженные в боях составили 13 018 чел., или 16,02%, и больные — 68 234 чел., или 83,98%.

Своеобразные условия обстановки в период боевых действий войск Южного фронта вызвали к жизни новые формы организации медицинского обеспечения войск. В октябре 1919 г. Санитарным управлением Южного фронта была выработана временная инструкция по эвакуации, утвержденная в ноябре РВС фронта. Новый порядок медицинского обеспечения войск был направлен на сокращение эвакуации раненых и больных в глубокий тыл. Для этого создавалась сеть дивизионных, армейских и фронтовых заградителей-распределителей, где задерживалась для лечения после тщательной сортировки подавляющая часть раненых и больных. При этом в дивизионных заградителях-распределителях оставлялись на лечение преимущественно легко раненые и инфекционные больные, а в армейских и фронтовых заградителях-распределителях госпитализировались остальные раненые и больные. Выработанный и установленный впервые в войсках Южного фронта новый порядок медицинского обеспечения в последующем был утвержден ГВСУ и введен для всей Красной Армии приказом РВСР и НКЗ № 2314 от 16 декабря 1919 г.

Необходимость сокращения эвакуации раненых и больных в глубокий тыл обуславливалась многими причинами, из которых главнейшими, как указывалось в приказе № 2314, были следующие:

1) кольцеобразный фронт, вследствие чего внутреннему району, как центрально расположенному, приходилось принимать чрезмерно много больных и раненых со всех направлений периферии; 2) особенно тяжелые продовольственные и топливные условия во внутреннем районе страны; 3) расстройство железнодорожного транспорта, заставлявшее насколько возможно сокращать различные перевозки по железным дорогам, в том числе и перевозки больных и раненых.

Немаловажной причиной, обусловившей возникновение этой новой, ранее не применявшейся системы медицинского обеспечения войск, следует также считать крайне неблагоприятное санитарно-эпи-

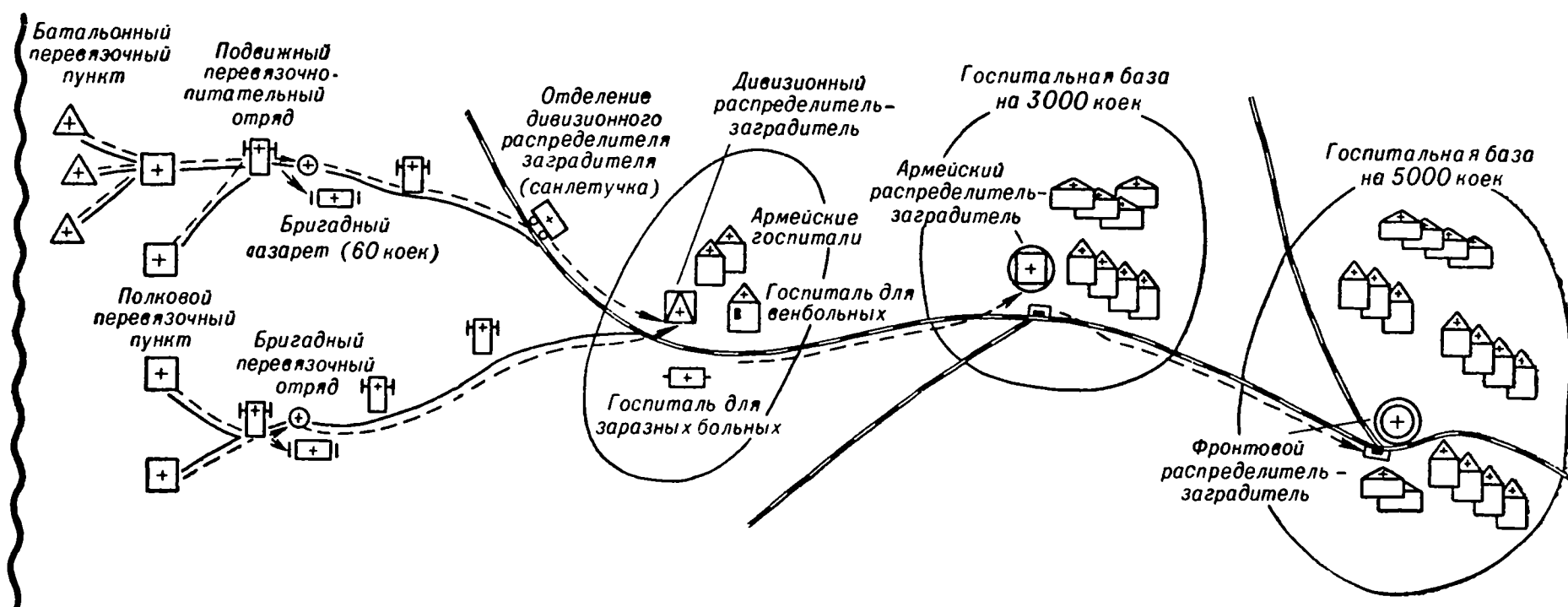


Схема организации лечебно-эвакуационного обеспечения согласно приказу РВСР и НКЗ № 2314 от 16 декабря 1919 г.

демическое состояние страны и армии. В этих условиях существенное ограничение перевозок раненых и больных и создание необходимых условий для лечения на месте определенной их части в пределах каждого из звеньев медицинской службы действующей армии имело важное значение в качестве одного из целенаправленных противоэпидемических мероприятий.

Медицинское обеспечение фронта в соответствии с принципами новой системы видно из схемы организации лечебно-эвакуационного обеспечения согласно приказу РВСР и НКЗ № 2314 от 16 декабря 1919 г. В том случае, если боевые действия происходили вблизи железнодорожных линий, бригадный перевязочный отряд располагался на ближайшей станции, используя для размещения раненых имеющиеся помещения или вагоны. При необходимости функции бригадных перевязочных отрядов могли быть возложены на одну из санитарных «летучек». В случае большого удаления района боевых действий войск от железной дороги бригадный перевязочный отряд развертывался на грунтовых путях эвакуации, где при необходимости организовывались дополнительно перевязочно-питательные пункты.

Дивизионный заградитель-распределитель размещался, как правило, на линии железной дороги. В его состав дополнительно к штатным учреждениям дивизии включались армейские госпитали. Обычно из числа лечебных учреждений, включенных в состав дивизион-

ного заградителя-распределителя, один госпиталь предназначался для госпитализации и лечения венерических и один — острозаразных больных. Армейский заградитель-распределитель развертывался в районе крупной железнодорожной станции или в городе. В его состав входили эвакоприемник на 420—630 коек и госпитальная база на 3000 коек. Наконец, фронтовой заградитель-распределитель, развертываемый в глубине фронтового тылового района на основных железнодорожных коммуникациях фронта, имел в своем составе эвакоприемник на 630 коек и госпитальную базу на 5000 коек. Ограничение эвакуации раненых и больных за пределы фронта и лечение их на месте потребовали не только расширения коечной сети армий и фронта, но и специализации госпиталей. В армейском заградителе-распределителе, кроме госпиталей для инфекционных и венерических больных и команды выздоравливающих, полагалось иметь госпиталь для челюстных раненых. Во фронтовом заградителе-распределителе имелись госпитали по всем основным медицинским специальностям.

Громадный некомплект медицинского состава, особенно врачей-специалистов, недостаток соответствующего оборудования, малая коечная сеть лечебных заведений привели к тому, что в период описываемой операции провести специализацию лечебных заведений в полном объеме не удалось. Следует указать на то, что в это время для оказания раненым и больным специализированной медицинской помощи использовались также различные клиники и специальные отделения больниц, имевшиеся в крупных населенных пунктах, освобождаемых нашими войсками (Воронеж, Харьков, Киев, Ростов-на-Дону и др.).

В архивных документах нам не удалось обнаружить материалов, на основании которых можно было бы составить полную картину хирургической деятельности в лечебных учреждениях Южного фронта. Тем не менее приводимые ниже отдельные документы по этому вопросу, выработанные в войсках Южного фронта, и отдельные положения об организации хирургической помощи в целом в Красной Армии позволяют, как нам кажется, получить некоторое представление и по этому весьма мало отраженному во всех отчетах и донесениях того времени вопросу.

Необходимо отметить как весьма положительное явление, что в войсках Южного фронта был выработан ряд инструкций и положений, устанавливающих общие принципы лечения раненых и больных. Так, например, в войсках фронта получила распространение изданная типографским способом управлением санитарной части 10-й армии инструкция по оказанию помощи раненым.¹ В этой инструкции давались подробные рекомендации о порядке оказания первой помощи раненым на поле боя, о методах лечения ран в полевых условиях, об организации ухода за ранеными и больными в полевых лечебных учреждениях и о порядке их эвакуации.

Несмотря на все трудности в работе в период гражданской войны, медицинская служба Красной Армии принимала все меры к

¹ ЦГАСА, ф. 193, оп. 22, д. 154, л. 20.

тому, чтобы улучшить хирургическую работу, приблизить хирургическую помощь к линии боя. Об этом свидетельствуют такие факты, как направление для налаживания хирургической работы в войсках Западного фронта в качестве уполномоченного РВСР профессора Военно-медицинской академии С. С. Гирголава, а для решения аналогичных задач на Южном и Юго-западном фронтах профессора той же академии В. А. Опделя. Такие же командировки практиковались неоднократно и на других участках фронтов гражданской войны.

Как иллюстрацию приводим обнаруженный в архивных материалах личный отчет В. А. Опделя о его поездке на фронт. Характерно, что начиная свой отчет, проф. В. А. Оппель указывает, что его поездка преследует цели организации «правильной постановки хирургического дела и приближения хирургической помощи к линии боя»¹. Во время своей поездки по линии Харьков, Синельниково В. А. Оппель посетил ряд эвакуационных пунктов, приемников при них, госпиталей, санитарных поездов и «летучек», бригадных и полковых перевязочных отрядов. В своем отчете он указал на ряд недочетов в организации помощи раненым и высказал ряд весьма ценных предложений по организации помощи раненым.

Очень большое значение придавал профессор В. А. Оппель оказанию первой помощи раненым и правильной организации снабжения каждого бойца индивидуальным перевязочным пакетом. Он считал совершенно неправильной установившуюся практику в войсках 13-й армии, когда индивидуальные перевязочные пакеты, по соображениям экономного их расходования, на руки бойцам не выдавались, а передавались только санитарам. Он считал необходимым организовать снабжение индивидуальными перевязочными пакетами красноармейцев даже в глубоком тылу при формировании частей.



В. А. Оппель.

¹ ЦГАОР УССР, оп. 1, д. 175, л. 68.

При этом, указывал профессор В. А. Оппель, «красноармеец должен знать, как с пакетом обращаться, какое значение имеет пакет, иными словами, должен сознательно относиться к индивидуальному пакету». По прибытии в армию пополнения, по мнению профессора В. А. Оппеля, должно быть проверено наличие у каждого красноармейца индивидуального перевязочного пакета, недостаток их должен быть немедленно пополнен; в ходе же боя пополнение перевязочными индивидуальными пакетами должно осуществляться постоянно. С этой целью санитары должны иметь у себя запас индивидуальных перевязочных пакетов.

В заключение этого раздела профессор В. А. Оппель писал, что он «позволил себе довольно подробно остановиться на вопросе о снабжении Красной Армии индивидуальными пакетами, так как этот вопрос представляется основным для организации правильной хирургической помощи. Без правильного разрешения этого вопроса все остальные мероприятия не будут иметь присущего им значения»¹.

Характеризуя работу полковых перевязочных пунктов, В. А. Оппель отметил, что они располагаются недалеко от линии фронта и в целом довольно хорошо обеспечены всем необходимым. Как недостаток он отмечал отсутствие в некоторых из них самостоятельных перевязочных отделений, указывал также на то, что полковые врачи очень молодые, почти все последнего выпуска и не знакомы «с вопросами организации медицинской помощи и с некоторыми основными вопросами военно-полевой хирургии». В результате этого страдает организация работы на перевязочных пунктах. Очень часто В. А. Оппель встречался со случаями, когда иммобилизация при огнестрельных переломах конечностей производилась неправильно. Поэтому для поднятия уровня знаний молодых врачей он считал необходимым организовать курсы по военно-полевой хирургии.

Третий раздел доклада профессора В. А. Оппеля был посвящен вопросу организации хирургической работы в бригадных перевязочных отрядах и на заградителях-распределителях. Отмечая как недостаток, что бригадные перевязочные отряды почти не производят операций, В. А. Оппель в то же время указывал, что это положение связано, с одной стороны, с недостатком хирургов, а с другой — с большой подвижностью фронта. Поэтому он считал возможным ограничить работу бригадных перевязочных отрядов проведением неотложных хирургических мероприятий (остановка кровотечения, операции по поводу горлосечения и т. п.). Основной же объем хирургической помощи должен быть в этих условиях отнесен, как это и сделано санитарной частью 13-й армии, на заградители-распределители.

Профессор В. А. Оппель считал также необходимым, чтобы в распоряжение санитарной части армии было выделено достаточное количество санитарно-автомобильного транспорта, с помощью которого раненые смогут быть быстро доставлены на этапы медицинской эвакуации и получить своевременно хирургическую помощь. В заключении своего доклада он указывал, что на фронте «повсюду

¹ ЦГАОР УССР, оп. 1, д. 175, л. 68.

видна забота в улучшении постановки дела хирургической помощи раненым».

Большая работа по организации хирургической помощи в войсках Южного фронта в период операции по разгрому Деникина была проведена профессором Н. Н. Бурденко. «В тяжелые годы гражданской войны, — пишет С. М. Багдасарьян, — он становится во главе хирургической службы военных госпиталей, дислоцированных в Воронеже, организует под Воронежем военный госпиталь прославленной Первой конной армии Буденного. Консультируя в них, производя сложные операции, он передает свой богатый опыт полевого хирурга молодым врачам»¹.

Специфические трудности формирования медицинских учреждений и развертывания госпитальной сети, которыми характеризовалась обстановка работы медицинской службы на Южном фронте, обусловили невозможность создания мощных армейских и фронтовых заградителей-распределителей. Результатом этого явились частая перегрузка лечебных учреждений ранеными и больными и вынужденная эвакуация раненых и больных за пределы фронта. Несответствие количества и качества медицинских учреждений конкретным условиям обстановки на фронте, отсутствие резервных учреждений в составе заградителей-распределителей, а также недостаток транспортных средств не давали возможности своевременно осуществить маневр медицинскими учреждениями в нужных размерах. В результате этого в ходе операции лечебные учреждения фронта сильно отставали от войск. Поэтому вновь (как и на Восточном фронте) пришлось направлять за войсками небольшие подвижные формирования и широко практиковать организацию госпиталей на базе местных средств с использованием трофейного имущества, захваченного у отступающего противника. В основу системы формирования новых медицинских учреждений было положено выделение из существующих крупных лечебных учреждений небольших ячеек на 30—50 коек, которые, последовательно расширяясь, превращались в крупные самостоятельные лечебные учреждения².

В госпиталях 14-й армии в ноябре 1919 г. за счет увеличения штатной коечной емкости было дополнительно развернуто 2185 коек. Кроме того, были сформированы новые медицинские учреждения на 810 коек. В результате этого емкость коечной сети 14-й армии увеличилась с 2955 до 5140 коек. Всего в период операции вновь сформированными лечебными учреждениями на территории Южного фронта было развернуто свыше 20 000 коек, что позволило увеличить число коек в заградителях-распределителях до 50 000.

К началу операции по разгрому Деникина на Южном фронте, так же, как и во всей Красной Армии, сложилась стройная система руководства медицинской службой. Реввоенсоветы фронта и армий руководили ее деятельностью, решая на своих заседаниях наиболее актуальные вопросы медицинского обеспечения войск. Информацию

¹ С. М. Багдасарьян. Н. Н. Бурденко и его роль в отечественной медицине. Дисс., 1953, стр. 351—352.

² ЦГАСА, ф. 100, оп. 7, д. 93, л. 259.

о боевой обстановке, устройстве тыла и о поставленных войскам задачах начальник санитарного управления фронта и начальники санитарных отделов армий получали в штабах. Основные вопросы организации медицинского обеспечения, как правило, находили отражение в боевых приказах фронта и армий. Это облегчало организацию управления медицинской службой, позволяя быстро доводить до подчиненных основные, принципиальные положения медицинского обеспечения войск.

Изученные материалы свидетельствуют о большой работе Санитарного управления Южного фронта по планированию медицинского обеспечения войск. Лечебно-эвакуационные планы составлялись как в Санитарном управлении фронта, так и в санитарных отделах армий. Медицинское обеспечение боевых действий войск планировалось и в стрелковых дивизиях. План лечебно-эвакуационного обеспечения фронта обычно составлялся на две недели, причем, в зависимости от сложившейся конкретной обстановки, в него вносились необходимые изменения.

* *
*

Весьма своеобразные, существенно отличающиеся от других фронтов условия медицинского обеспечения сложились для медицинской службы Северного фронта. Суровый климат, холод и глубокий снежный покров в зимний период, бедность железнодорожных путей сообщения, малочисленность населенных пунктов, значительная протяженность и плохое техническое состояние грунтовых путей эвакуации потребовали от санитарной части Северного фронта выработать в ходе боевых действий свои специфические формы организации медицинского обеспечения войск.

Северный фронт был образован осенью 1918 г. В состав его первоначально входила только 6-я армия. Последняя, в период образования фронта состояла из нескольких отрядов, не имевших определенной штатной организации, которые группировались по трем основным операционным направлениям — Котласскому, Архангельскому и Вельскому. В начале 1919 г. в соответствии с приказом Реввоенсовета Республики № 220 1918 г. имевшиеся на фронте отряды были переформированы и из них были организованы полки, бригады и дивизии.

Управление санитарной части армии было сформировано в сентябре 1918 г. Возглавил работу этого управления способный, энергичный врач-коммунист В. Ф. Христофоров, который сумел создать дружный и работоспособный коллектив как в самом Управлении санитарной части армии, так и в подведомственных ему частях и соединениях. Деятельность медицинской службы 6-й армии проходила в необычайно тяжелых условиях и только благодаря неутомимой и самоотверженной работе всего медицинского состава удалось вполне удовлетворительно справиться со сложными задачами, стоявшими перед медицинской службой.

В своих воспоминаниях начальник санитарной части Северного фронта С. Е. Бурштын пишет: «Непрерывной фронтовой линии не

было, на всем необозримом пространстве бесконечной северной тундры и беспредельных лесных массивов боевые действия происходили по трем ничем между собою не связанным направлениям: 1) железная дорога Вологда — Архангельск, 2) тракт Вельск — Шенкурск и 3) вдоль Двины от Котласа на север. Естественным госпитально-эвакуационным центром для первых двух направлений являлась Вологда, для третьего — Вятка. На последнем направлении условия эвакуации, особенно в зиму 1918—1919 гг. были невероятно тяжелы, так как должны были совершаться исключительно гужевым путем в санях. Длинные расстояния, до 200—250 верст, суровые морозы и непроходимые снежные сугробы еще более затрудняли эту эвакуацию.»¹

Работа медицинской службы Северного фронта осложнялась еще и тем, что работать приходилось в условиях большого некомплекта личного состава медицинской службы и отсутствия необходимого количества лечебных учреждений, особенно в начальном периоде боевых действий войск фронта. В состав сил и средств медицинской службы 6-й армии вначале входили два эва-



В. Ф. Христофоров.

куационных пункта и несколько санитарных поездов. Один из эвакуационных пунктов располагался в Вологде и имел 1100 коек, а второй — в Вятке и имел 1156 коек².

При переходе медицинской службы Северного фронта на типовую штатно-организационную структуру медицинские учреждения в дивизиях пришлось создавать заново, главным образом, за счет собственных сил и средств, применяясь к характеру военных операций и местным условиям. Лишь гораздо позже удалось постепенно преформировать их в типовые медицинские учреждения, установленные приказом РВСР № 220. Как и на других фронтах, в числе войсковых медицинских учреждений были сформированы полковые

¹ С. Е. Бурштын. Из воспоминаний о гражданской войне. В кн: Военно-санитарный сборник Украинского военного округа, в. 5, Харьков, 1928, стр. 8.

² ЦГАСА, ф. 34, оп. 5, д. 168, л. 175.

перевязочные отряды, бригадные перевязочные отряды, дивизионные лазареты, госпитали.

Эвакуация раненых и больных из подразделений и частей в основном осуществлялась транспортом населения, так как своего штатного транспорта в войсках не хватало. Для эвакуации раненых и больных зимой заготавливались специальные сани с утепленным верхом. Раненые и больные по возможности снабжались теплыми ватными или меховыми одеялами и валенками. Эвакуация раненых и больных из дивизий осуществлялась следующим образом: больные и раненые из 1-й стрелковой дивизии, действующей на левом фланге, эвакуировались по железной дороге на ст. Петрозаводск и Лодейное Поле. Из 18-й стрелковой дивизии, действующей в центре, эвакуация раненых и больных велась по железной дороге на станции Шалакуши, Няндомы, Фоминское. 54-я стрелковая дивизия, действующая на правом фланге, занимала район в стороне от железных дорог. В силу этого эвакуация раненых и больных в этой дивизии велась главным образом по грунтовым путям эвакуации.

Учитывая большую удаленность лечебных учреждений эвакуационных пунктов от войск, потребовалось на каждом из указанных выше операционных направлений 6-й армии развернуть лечебные учреждения, приданные действующим здесь стрелковым дивизиям. Количество развернутых коек в тыловых районах дивизий было довольно значительным, что являлось особенностью медицинского обеспечения войск на Северном фронте. Так, на 1 января 1920 г. в районе 1-й стрелковой дивизии было развернуто 738 коек, в 18-й стрелковой дивизии — 549 и в 54-й стрелковой дивизии — 1275 коек.

В летнее время для эвакуации раненых и больных широко использовались водные пути эвакуации. По рекам Северная Двина и Вычегда курсировало несколько пароходов. На пароходе «Н. В. Гоголь» был развернут бригадный перевязочный отряд 54-й стрелковой дивизии на 120 коек с операционной и перевязочной. Пароход «Гончаров» использовался для эвакуации раненых и больных в бригадный перевязочный отряд, а пароход «Шеговары» перевозил больных и раненых из бригадного перевязочного отряда в тыл, в Красноборск и Котлас.

В районе Шенкурска на барже было развернуто отделение госпиталя на 100 коек. Эвакуация раненых и больных из Шенкурска в Котлас осуществлялась также на пароходах. За навигацию 1919 г. на пароходах находилось на излечении 2090 больных и 1401 раненый¹.

Для эвакуации и лечения раненых и больных на железнодорожных направлениях на Северном фронте довольно широко использовались санитарные поезда и санитарные «летучки». При этом здесь был выработан и узаконен своеобразный метод их использования. Вот что пишет по этому поводу в своих воспоминаниях начальник санитарной части Северного фронта С. Е. Бурштын: «Железнодорожная линия Вологда — Архангельск проходит по совершенно не на-

¹ А. З а м я т и н. Эвакуация больных и раненых на Северном фронте в гражданскую войну. «Военно-санитарный сборник», в. 5. М., 1928, стр. 20.

селенной, почти безлюдной местности с небольшими поселками лишь у железнодорожных станций, почему ни малейшей возможности развернуть хотя бы небольшие эвакуационные госпитали в железнодорожной полосе не было. Это вынудило применить совершенно необычный метод лечебно-эвакуационного обслуживания оперирующих войск, который затем часто применялся во время гражданской войны, особенно на Западном фронте, где боевые действия преимущественно имели место вдоль железнодорожных линий. Метод этот заключался в том, что на одну из ближайших к головной станций выдвигался санитарный поезд, от головы которого 2—3 вагона в качестве „летучки“ направлялись на головную станцию. Там эта „летучка“ несла функции главного пункта медицинской помощи, а когда набиралось достаточное количество больных и раненых, „летучка“ эта возвращалась к основной части поезда, который представлял из себя в сущности госпиталь на колесах...»¹.

По мере накопления таких больных и раненых, которые нуждались в длительном госпитальном лечении, они эвакуировались в эвакуационный пункт, расположенный в Вологде. Для этого в хвостовой части поезда имелось несколько вагонов. Обратными рейсами этих вагонов доставлялись пищевые продукты и необходимые предметы медицинского снабжения. Такое использование санитарного поезда с точки зрения органов ВОСО представлялось неправильным и незаконным и поэтому вызывало их постоянные протесты. «Но справедливость требует признать, — указывает С. Е. Бурштын, — что едва ли когда санитарные поезда были использованы с большей продуктивностью и целесообразностью»².

Значительная протяженность грунтовых путей эвакуации, суровый климат и малочисленность населенных пунктов заставили медицинскую службу 6-й армии создать ряд нетиповых медицинских учреждений. К их числу следует отнести «чайно-питательные» или как их еще называли «питательно-медицинские» и «согревательные» пункты.

В ноябре 1918 г. начальник санитарной службы 6-й армии представил начальнику санитарной части Северного фронта план организации медицинской эвакуации на зимний период. В этом плане, в частности, говорилось: «В данную пору занят устройством на нашем диком Севере питательно-медицинских и согревательных пунктов. В каждом районе их будет несколько, причем на расстоянии друг от друга таком: питательно-медицинский пункт от другого такого же на расстоянии не менее 40 или 50 верст. Между ними один согревательный или два, смотря по морозам и местности. Таких медико-питательных пунктов в районе Плесецкой на путях к трем колоннам будет не менее четырех, на путях к Вельской колонне — два или три, в Котласском районе на расстоянии 250 верст — пять или шесть. Между ними будут согревательные пункты. Штат питательно-медицинских пунктов: заведующий, фельдшер, сестра и два санитаря. Штат согревательного — одна сестра и два санитаря. На питательно-меди-

¹ С. Е. Бурштын. Из воспоминаний о гражданской войне. В сб.: Военно-санитарный сборник Украинского военного округа, в 5. Харьков, 1928, стр. 8—9.

² Там же.

цинском пункте будут больных и раненых кормить и лечить, а на согревательных — только согревать»¹.

Питательно-медицинские и согревательные пункты получили широкое распространение в войсках Северного фронта и несомненно сыграли весьма положительную роль по предупреждению обморожений и облегчению положения раненых и больных во время эвакуации. На питательно-медицинских пунктах раненые и больные получали горячую пищу, хлеб, чай. Здесь же имелась амбулатория и маленький приемный покой на 3—5 кроватей. Согревательные пункты снабжались теплыми вещами, шубами, одеялами, спальными мешками и средствами против обморожений. На них были установлены большие кипяильники и все прибывающие получали горячий чай.

Одновременно с увеличением числа коек в войсковом районе в 1919 г. значительно возросло число коек и в составе армейского и фронтового заградителя-распределителя. Значительно увеличилось число развернутых коек в Вологде и Вятке, а также и на фронтовых заградителях-распределителях, каковыми для 6-й армии являлись Ярославль, Рыбинск и Кострома. Так, в феврале 1920 г. число коек в Вологде увеличилось до 4683, а в Вятке — до 7844, что вместе с койками войскового района составляло 15 375 или 1 койку на 8 военнослужащих².

Санитарные потери в войсках 6-й армии за весь 1919 г. составили 80 100 чел., из них раненых 17 275 чел., или 21,6%, и больных 62 825 чел., или 78,4%³. Довольно широкое распространение в войсках армии получили венерические заболевания. В целях их ликвидации в войсках фронта в октябре 1918 г. был создан венерологический отряд, переформированный впоследствии в госпиталь № 1043 для венерических больных.

В войсках Северного фронта и среди гражданского населения, проживающего на территории их действия, в 1919—1920 гг. широкое распространение получили паразитарные тифы. Так, в 1919 г. в дивизиях 6-й армии заболели сыпным тифом 1411 чел., возвратным тифом 867 чел.⁴. Несмотря на относительно небольшое число заболеваний паразитарными тифами по сравнению с огромным распространением их в войсках других фронтов, они представляли серьезную угрозу для войск фронта. На борьбу с развивающейся эпидемией был мобилизован весь медицинский состав. В январе 1920 г. в Галиче, Котельниче и Глазове для инфекционных больных были развернуты «заразные городки» на 1000 коек. По инициативе начальника санитарной части 6-й армии В. Ф. Христофорова в период с 15 по 20 января 1920 г. в Вологде был созван чрезвычайный съезд по борьбе с сыпным тифом. В работе съезда приняли участие представители

¹ Л. Карпеченко. Спыт 6-й Красной Армии по санитарной эвакуации в войсковом районе на севере, в зимних условиях 1918—1919 гг. «Военно-санитарное дело», 1937, № 11—12, стр. 30.

² А. Замятин. Эвакуация больных и раненых на Северном фронте в гражданскую войну. «Военно-санитарный сборник», в. 5. М., 1928, стр. 21.

³ ЦГАСА, ф. 34, оп. 5, д. 168, л. 193.

⁴ ЦГАСА, ф. 34, оп. 5, д. 168, л. 185.

семи губерний Севера. Съезд наметил конкретные мероприятия по организации борьбы с эпидемией тифа и несомненно сыграл большую роль в деле объединения усилий военного и гражданского здравоохранения, направленных на ликвидацию паразитарных тифов как в войсках фронта, так и среди гражданского населения¹.

* *
*

Большой боевой путь прошла в годы иностранной военной интервенции и гражданской войны героическая Первая конная армия. Впервые в истории военного искусства на полях сражений появилось высокоподвижное оперативное объединение, способное решать самостоятельно крупные оперативно-стратегические задачи. Отмечая роль Первой конной армии, которую она сыграла в период иностранной военной интервенции и гражданской войны, М. В. Фрунзе писал, что «...в нашей армии нет других частей, которые бы с такой яркостью и глубиной отразили в себе, в своих действиях весь характер гражданской войны, характер всей Красной Армии с ее достоинствами и недостатками...»².

Столь же характерной для истории становления и развития системы медицинского обеспечения Красной Армии в годы гражданской войны является деятельность медицинской службы Первой конной армии. Эта деятельность весьма поучительна и интересна. На ее примере можно видеть, как складывалась организация медицинского обеспечения подвижных объединений Советских Вооруженных Сил на заре их возникновения.

Деятельность медицинской службы Первой конной армии проходила в крайне тяжелых условиях. Большой некомплект медицинского состава, а также различных медицинских учреждений и санитарного транспорта сильно затруднял работу медицинской службы. Особенно большой некомплект медицинская служба Первой конной армии имела в период боевых действий в составе войск Южного фронта (ноябрь 1919 г. — январь 1920 г.), т. е. вскоре после ее формирования. В декабре 1919 г. в армии был только 21 врач и 170 лекарственных помощников³. В 1920 г. в состав медицинской службы Первой конной армии влилось много новых медицинских работников, в том числе прибывших на фронт из тыла, из других армий, а также мобилизованных на местах. Количество медицинского состава в армии резко увеличивается, но некомплект его все же остается значительным. На 1 мая 1920 г. в армии неоставало 76 врачей, 17 зубных врачей, 127 лекарственных помощников и 55 фармацевтов.

Но не только некомплект медицинского состава создавал трудности в организации медицинского обеспечения Первой конной армии. Медицинская служба кавалерийской дивизии вначале не имела в своем составе не только полевых подвижных госпиталей, но даже

¹ ЦГАСА, ф. 34, оп. 5, д. 168, л. 211.

² М. В. Фрунзе. Собрание сочинений, т. II, стр. 28.

³ ЦГАСА, ф. 100, оп. 7, д. 93, л. 307.

перевязочных отрядов. Штаты ее были построены на основании опыта первой мировой войны 1914—1918 гг., когда медицинское обеспечение кавалерийских дивизий осуществлялось медицинскими учреждениями пехотных дивизий. Опыт медицинского обеспечения боевых действий конного корпуса, а затем Первой конной армии показал всю несостоятельность этого принципа. Медицинские учреждения стрелковых соединений обычно отставали от войск и не могли своевременно обслуживать раненых и больных Первой конной армии, действовавшей далеко впереди стрелковых частей и соединений и совершавшей глубокие рейды в тылы противника.

Поэтому пришлось формировать медицинские учреждения Первой конной армии уже в ходе боевых действий, применительно к существующим штатам стрелковых частей, соединений и общевойсковых армий. К моменту переформирования конного корпуса в Первую конную армию медицинская служба не имела армейских медицинских учреждений. В двух кавалерийских дивизиях, которые первыми вошли в состав армии, в это время было два дивизионных перевязочных отряда, 17 полковых перевязочных отрядов, санитарный транспорт в 30 подвод, дезинфекционный отряд и 4 перевязочно-питательных пункта. Удовлетворяя просьбы санитарной части армии об усилении ее имуществом и медицинскими учреждениями, Санитарное управление Южного фронта в то же время предлагало начальнику санитарной части Первой конной армии приступить к формированию госпиталей на месте, не дожидаясь их прибытия из центра.

Таким образом, медицинской службе Первой конной армии пришлось проявить много энергии и разумной инициативы в создании своих медицинских учреждений. Местные лечебно-профилактические учреждения, а также захваченные у противника госпитали и санитарные поезда «на ходу» переключались на обслуживание раненых и больных из состава частей и соединений Первой конной армии. При использовании этих средств в ближайших к местам боевых действий пунктах создавались импровизированные «госпитальные базы», что позволяло сокращать эвакуацию раненых и больных в тыл и приближать к войскам квалифицированную медицинскую помощь и госпитальное лечение. Такие импровизированные «госпитальные базы» были организованы медицинской службой Первой конной армии на Южном (деникинском) фронте — в Сватове, Переездной, Валуйках и Ростове-на-Дону, на Кавказском фронте — в станицах Усть-Лабинской, Ладожской и в городе Майкопе, на польском фронте — в Бердичеве, Житомире и Ровно и, наконец, на Южном (врангелевском) фронте — в Симферополе.

Лечебные учреждения в армии были весьма разнообразными по своему составу с различной штатной емкостью. Так, например, в числе лечебных учреждений Первой конной армии в середине апреля 1920 г. имелось 9 армейских госпиталей, сводно-эвакуационный госпиталь на 630 коек, два хирургических госпиталя на 210 коек каждый, эвакуопункт с эвакуоприемником на 250 коек, госпиталь кавалерийской дивизии на 210 коек и эпидемический отряд на 150 коек, а всего 5430 штатных коек и мест. В 1920 г. число коек и мест

в лечебных учреждениях Первой конной армии увеличилось, на 1 мая их уже было 5967.

Большие трудности медицинская служба Первой конной армии испытывала из-за отсутствия достаточного количества санитарно-транспортных средств. Последние в начальном периоде боевых действий армии почти отсутствовали. В 1920 г. было сформировано три конносанитарных транспорта при 4-й, 6-й и 11-й кавалерийских дивизиях, но эти транспорты были очень малочисленны и состояли исклю-



12-й армейский автосанитарный отряд. Минск.

чительно из повозок, реквизированных у населения. Весьма примечательно включение в состав медицинской службы Первой конной армии автомобильного санитарного транспорта в виде двух автосанитарных отрядов. Эти подразделения были введены в ее состав, несмотря на исключительно большие трудности со снабжением Красной Армии автомобильным транспортом, что свидетельствует о правильном учете особенностей организации лечебно-эвакуационного обеспечения Первой конной армии, обусловленных большой маневренностью и подвижностью ее боевых действий. Однако два таких автосанитарных отряда были мало работоспособны из-за изношенности их материальной части, отсутствия автомобильных покрышек, камер, необходимых запасных частей, а также частых перебоев в снабжении горючим.

Количество железнодорожного транспорта в Первой конной армии было довольно значительным. В январе 1920 г. армия располагала 4 санитарными поездами, а в июле число их увеличилось до 8; кроме того, в июле функционировали 3 санитарные «летучки» армии.

В августе число санитарных поездов осталось прежним, а число санитарных «летучек» увеличилось до 9. Однако расстройство железнодорожного транспорта и отсутствие достаточного количества паровозов сильно затрудняли работу санитарных поездов и санитарных «летучек».

Санитарные потери Первой конной армии с 17 ноября 1919 г. по 1 января 1920 г. определяются в 2299 чел. Из общего числа санитарных потерь пораженные в боях составили 338 чел., или 14,7%, больные — 1961 чел., или 85,3%. Число эвакуированных пораженных в боях и больных из частей и соединений Первой конной армии в лечебные учреждения армии за весь 1920 г. составило 25 525 чел., в том числе пораженные в боях составили 5322 чел. (20,8%), больные — 20 203 (79,2%). Из числа всех эвакуированных 10 389 чел., или 40,7%, были направлены в лечебные учреждения вследствие заболеваний паразитарными тифами.

Оказание медицинской помощи пораженным в бою и больным в Первой конной армии осуществлялось следующим образом. Первая помощь раненым оказывалась непосредственно на поле боя в порядке само- и взаимопомощи. Для этой цели весь личный состав строевых частей снабжался индивидуальными перевязочными пакетами. В каждом эскадроне полагалось иметь одного фельдшера, который оказывал медицинскую помощь всем раненым своего эскадрона на поле боя или на незначительном удалении от линии боевых действий войск. После этого раненые эвакуировались в полковой перевязочный отряд, где им оказывалась первая врачебная помощь. Раненых из эскадрона в полковой перевязочный отряд эвакуировали верхом, на тачанках или на обычных обывательских повозках. Располагался полковой перевязочный отряд в 3—4 км от линии фронта, но иногда в силу отсутствия достаточного количества транспорта полковые перевязочные отряды не успевали следовать за быстро продвигавшимися кавалерийскими полками и отставали от них.

Для увеличения подвижности полкового перевязочного отряда, по свидетельству Я. Н. Кричевского, в практике медицинской службы Первой конной армии получило распространение деление его на две части: действующую, которая следовала за полком, и часть, которая оставалась при обозах. Из полкового перевязочного отряда раненые и больные эвакуировались в перевязочные отряды дивизии. Последнее в силу своей громоздкости часто отставало от войск и располагалось в 25—30 км от линии фронта. Часто в связи с этим из перевязочных отрядов дивизий выдвигались вперед более подвижные «летучие» хирургические отряды. В условиях маневренных боевых действий Первой конной армии объем медицинской помощи в перевязочном отряде в большинстве случаев ограничивался неотложными мероприятиями. В качестве вспомогательных этапов медицинской эвакуации в некоторых кавалерийских дивизиях имелись лазареты и подвижные перевязочно-питательные отряды. Вспомогательные этапы эвакуации развертывались по мере надобности, в зависимости от оперативной обстановки и при наличии растянутых путей эвакуации между основными этапами медицинской эвакуации кавалерийской дивизии.

Из перевязочных отрядов дивизии раненые и больные эвакуировались в армейские лечебные учреждения, где они получали необходимое лечение. Распределение раненых и больных по этим учреждениям осуществлялось сообразно с характером ранения, родом их заболевания и в зависимости от числа свободных мест. Раненым и больным, подлежащим эвакуации в тыл, оказывалась необходимая медицинская помощь, предоставлялось питание и надлежащий уход до момента их эвакуации.

Эвакуация раненых и больных в тыл в соответствии с общей системой медицинского обеспечения, установленной в декабре 1919 г. в Красной Армии, была резко ограничена. Для этого как уже указывалось на фронтах создавалась сеть дивизионных, армейских и фронтовых заградителей-распределителей, которые после сорти-

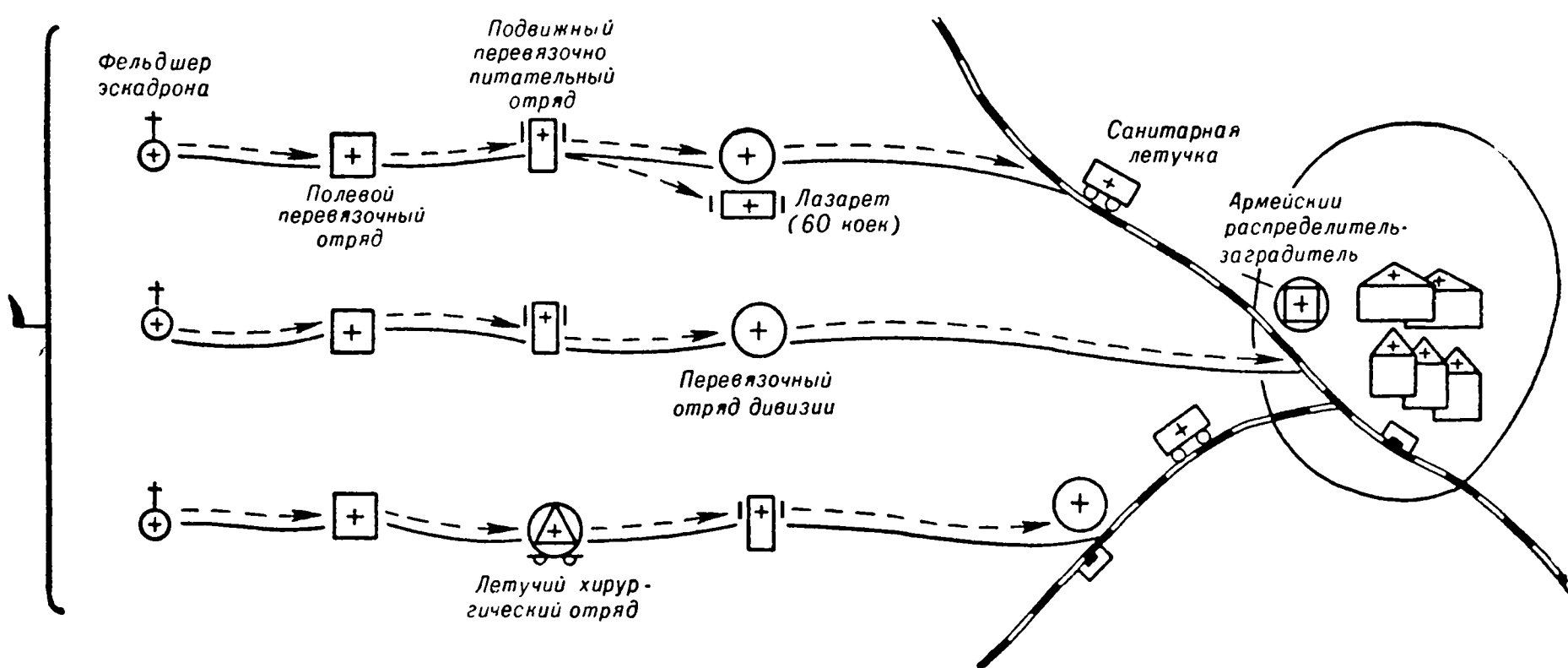


Схема организации медицинского обеспечения войск Первой конной армии.

ровки должны были задерживать для лечения значительную часть раненых и больных в соответствии с тяжестью их ранения или заболевания. Быстрое продвижение частей и соединений Первой конной армии не всегда позволяло в полной мере выдерживать этот принцип. Поэтому приходилось, как это видно из схемы организации медицинского обеспечения войск Первой конной армии, проводить лечение на месте, начиная лишь с армейского заградителя-распределителя и то далеко не всегда в полной мере.

В силу большого распространения эпидемии паразитарных тифов большинство армейских лечебных учреждений Первой конной армии было предназначено для лечения инфекционных больных. Часть госпиталей была смешанного типа с отделениями для инфекционных и соматических больных. Число хирургических госпиталей в Первой конной армии в силу незначительного процента раненых в общем числе санитарных потерь было небольшим, колеблясь в разные периоды боевых действий от 2 до 4. В июне 1920 г. один из инфекционных госпиталей армии был переоборудован в госпиталь для легкораненых. Кроме того, в армии были организованы команды выздоравливающих. Эти мероприятия представляют несомненный интерес и свидетельствуют о том, что еще на заре становления

советской военной медицины предпринимались попытки организационного оформления системы лечебно-эвакуационного обеспечения легкораненых и больных.

Следует отметить стремление медицинской службы Первой конной армии приблизить квалифицированную медицинскую помощь к войскам. С этой целью при главном хирургическом госпитале был создан «летучий» операционный пункт. По замыслу руководства медицинской службой армии этот операционный пункт должен был работать в непосредственной близости от войск, быть подвижным (передвигаться на автотранспорте) и приспособленным к работе вне населенных пунктов.

Заслуживает внимания организация медицинского обеспечения переходов Первой конной армии в конном строю. Так, во время перехода армии на Юго-западный фронт на всем протяжении тысячекилометрового пути медицинской службой были расставлены эвакуационные приемники, в качестве которых использовались на нескольких станциях санитарные поезда. Для приема раненых и больных во время прохождения армии через Ростов-на-Дону на станции Ростов был оставлен «летучий» врачебный отряд и выделена санитарная «летучка». Во время перехода армии на Южный фронт по пути движения ее были расставлены медицинские учреждения. В Фастове, например, был развернут перевязочно-питательный отряд, в Белой Церкви — армейский госпиталь. Вслед за армией по железной дороге следовала санитарная «летучка», которая служила своеобразным подвижным эвакуационным приемником.

Таким образом, в организации медицинского обеспечения войск Первой конной армии было выражено стремление практически осуществить принципы этапного лечения раненых и больных с приближением медицинской помощи к полю боя и ограничением эвакуации раненых и больных в тыл. Только несоответствие количества и качественного состава медицинских учреждений фактической потребности в них, а также тяжелое экономическое положение в стране и разруха на железнодорожном транспорте не давали возможности в полной мере организовать обеспечение войск армии в соответствии с упомянутыми принципами.

Руководство медицинской службой в армии осуществлялось начальником санитарной части, который в оперативном отношении подчинялся Реввоенсовету армии и по специальности — начальнику Санитарного управления фронта. Органом управления медицинской службой являлась санитарная часть армии, которая в середине 1920 г. имела в своем составе 7 отделений.

Реввоенсовет армии осуществлял руководство деятельностью начальника санитарной части, решая на своих заседаниях наиболее актуальные вопросы медицинского обеспечения войск. Начальник санитарной части регулярно сообщал в Реввоенсовет об организации помощи раненым и больным и нуждах медицинской службы армии. Основные вопросы организации медицинского обеспечения, как правило, находили отражение в боевых приказах Первой конной армии.

В целях улучшения управления медицинской службой и приближения руководства к войскам начальник санитарной части Первой

конной армии имел своих представителей при полевом штабе армии, а во второй половине июля 1920 г. на польском фронте было создано полевое санитарное управление Первой конной армии. Тем не менее медицинской службе не всегда удавалось правильно маневрировать своими медицинскими учреждениями и располагать их в соответствии с конкретно сложившейся оперативной и медицинской обстановкой. Так, например, в начале 1920 г. армейский эвакуационный пункт Первой конной армии был развернут в Таганроге, в то же время там находился районный эвакуационный пункт. Переброска армейского эвакуационного пункта Первой конной армии на станцию Тихорецкая оказалась также неудачной, так как раненые и больные из частей и соединений армии эвакуировались в ближайшие лечебные заведения, расположенные в станицах Усть-Лабинской, Ладужской и в городе Майкопе. На Южном фронте армейский эвакуационный пункт Первой конной армии в ноябре 1920 г. был расположен в районе Кривого Рога, а на станции Дебальцево находился эвакуационный пункт 6-й армии. Между этими эвакуационными пунктами не было должной согласованности в работе. В результате один из них был переполнен, другой работал со значительной недогрузкой.

В годы иностранной военной интервенции и гражданской войны в Красной Армии была создана подлинно народная, передовая система здравоохранения Вооруженных Сил. Благодаря мобилизации всех сил и средств гражданского и военного здравоохранения, при неустанном внимании и руководстве Коммунистической партии, Советского правительства и лично В. И. Ленина советская военная медицина выполнила поставленные перед нею задачи, несмотря на тяжелейшие условия, в которых находилась тогда наша страна. Вспоминая об этом периоде, Н. А. Семашко писал: «Нашей главной заботой была Красная Армия. Мерзость и запустение в военно-санитарной организации получила Советская власть в наследство от прежних режимов. Здесь все приходилось создавать буквально из ничего. Мы имеем теперь 397 496 военно-санитарных коек, имеем вполне оборудованные военно-санитарные поезда; восстановили такие учреждения как поезда банно-прачечные, поезда врачебно-питательные, могущие составить гордость любой военно-санитарной организации, а главное имеется громадный, строго оформленный, разветвленный и централизованный орган для обслуживания нужд Красной Армии»¹.

Огромный и разносторонний опыт медицинского обеспечения Красной Армии на многочисленных фронтах гражданской войны, приобретенный медицинской службой в эти героические, но тяжелые годы, свидетельствует о том, как медицинские работники, проявляя творческую инициативу и большую энергию, изыскивали новые формы организации медицинского обеспечения войск в соответствии с изменившимся характером ведения боевых операций и организационными принципами советской военной медицины. Многие из этих организационных форм представляют интерес и на современном этапе развития советского военного искусства и военной медицины.

¹ Н. А. Семашко. «Известия ВЦИК», № 249 от 6 ноября 1920 г.



1921-1941

Г л а в а III

СОВЕТСКАЯ ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА В ГОДЫ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОГО СТРОИТЕЛЬСТВА (1921—1941 гг.)



После разгрома интервентов и белогвардейцев, советский народ под руководством Коммунистической партии приступил к гигантской работе по строительству социалистического

общества. Первый перспективный народно-хозяйственный план Советского государства — план электрификации страны — ГОЭЛРО, названный В. И. Лениным второй программой партии, начал успешно осуществляться еще при жизни великого вождя. Победы, достигнутые на фронте социалистической индустриализации страны, позволили партии уже в 1927 г. взять курс на коллективизацию сельского хозяйства, без чего было немыслимо построение экономического фундамента социализма.

Досрочное выполнение первого пятилетнего плана (1929—1932 гг.) и успешное выполнение плана второй пятилетки (1933—1937 гг.) привели советский народ к победе социализма, что нашло свое законодательное закрепление в новой Конституции СССР, принятой в 1936 г. Третий пятилетний план (1938—1942 гг.) определил программу завершения строительства социалистического общества в СССР и постепенного перехода от социализма к коммунизму.

Накануне Великой Отечественной войны Советский Союз представлял собой могущественную индустриально-колхозную социалистическую державу, в состав которой входило 16 союзных республик с населением 191,7 млн. чел. По объему промышленного производства СССР вышел на первое место в Европе и второе в мире.

После окончания иностранной военной интервенции и гражданской войны, Советское государство приступило к демобилизации своих вооруженных сил. В 1924—1928 гг. была проведена военная реформа, начатая по инициативе и под руководством М. В. Фрунзе. Основное ее содержание: реорганизация центрального и окружного военных аппаратов, укрепление партийно-политических органов, сокращение вооруженных сил, введение смешанной кадровой и территориально-милиционной системы комплектования войск, установление новых штатов частей и соединений, улучшение социального состава и подготовки командных кадров, разработка новых уставов, наставлений и руководств. В результате проведенных мер была значительно улучшена вся система боевой подготовки, обучения и воспитания войск.

Успехи индустриализации страны позволили превратить Красную Армию из технически отсталой, какой она еще была в конце 20-х годов, в передовую, современную армию. Только за период с 1930 по 1939 г. ее техническая оснащенность возросла: в танках — в 43 раза, в самолетах — в 6,5 раза, в артиллерии всех калибров —

в 7 раз. Автомобильный парк Красной Армии с 1937 по 1941 г. увеличился в 7 раз¹. В составе Красной Армии появились соединения бронетанковых и механизированных войск: отдельные танковые и механизированные бригады. В 30-е годы были созданы воздушно-десантные войска. Крупные организационные изменения произошли в военно-воздушных и военно-морских силах. В условиях усилившейся угрозы войны и технического перевооружения Красной Армии территориально-милиционная система ее комплектования перестала удовлетворять интересам укрепления обороны СССР и повышения боевой готовности Вооруженных Сил. Поэтому в конце 30-х годов она была отменена.

Силу ударов Красной Армии пришлось не один раз испытать империалистам. В 1929 г. советские войска разгромили на Китайско-восточной железной дороге (КВЖД) китайских милитаристов, а летом 1938 и 1939 гг. японских самураев (в районе озера Хасан и на реке Халхин-Гол). Осенью 1939 г. был совершен освободительный поход с целью избавления от фашистского порабощения народов Западной Украины и Западной Белоруссии. В советско-финляндскую войну 1939—1940 гг. Красная Армия нанесла сокрушительное поражение финской белогвардейщине, которой помогали крупные империалистические государства.

В конце мирного периода была начата огромная работа по реорганизации и техническому перевооружению Советских Вооруженных Сил, которая, к сожалению, не была завершена к началу Великой Отечественной войны.

Но тем не менее эта работа, в основе которой лежали гигантские успехи в социалистическом строительстве и богатый боевой опыт, полученный в боях на Дальнем Востоке, а главным образом, в советско-финляндскую войну, дала весьма ощутимые результаты.

Созданная в предвоенные годы оборонная промышленность смогла обеспечить армию и флот необходимой военной техникой и тем самым значительно повысить боеспособность Красной Армии.

Успешное восстановление и неуклонный прогресс экономики и культуры советского общества в период социалистического строительства создали необходимую основу и для быстрого развития советской медицинской науки и здравоохранения. Партия и правительство уделяли огромное внимание укреплению материально-технической базы советской медицины и, прежде всего, созданию мощной сети научно-исследовательских медицинских учреждений и медицинских высших и средних учебных заведений.

К 1926 г. в стране насчитывалось более 50 отраслевых научно-исследовательских институтов в области медицины и здравоохранения (в царской России был лишь один институт экспериментальной медицины в Петербурге). В 1932 г. постановлением СНК СССР был создан крупнейший центр советской медицинской науки — Всесоюзный институт экспериментальной медицины (ВИЭМ). Если в царской России в 1913 г. имелось всего 13 высших учебно-медицинских заведений и насчитывалось немногим более 20 000 врачей, то к 1941 г.

¹ Великая Отечественная война Советского Союза. М., 1965, стр. 38.

в СССР было открыто 70 медицинских институтов и работало свыше 140 000 врачей различных специальностей (без военнослужащих)¹. Все это способствовало бурному развитию советской медицинской науки.

Только за 10 лет (с 1929 по 1939 г.) расходы на нужды здравоохранения возросли в СССР более чем в 15 раз, а по отдельным союзным республикам — в 20 раз и более (БССР, Туркменская ССР). В стране происходил непрерывный рост коечной сети, что видно из табл. 2.

Таблица 2

Рост коечной сети в СССР

Число больничных коек	1913 г.	1928 г.	1932 г.	1938 г.	1941 г.
В городах	93 223	158 514	256 158	450 694	491 543
В сельских местностях	49 087	59 230	116 075	153 129	169 888
Всего	142 310	217 744	372 233	603 823	661 431

При этом не только значительно возросло количество лечебно-профилактических учреждений, но и возникли новые их типы (диспансеры, консультации и т. п.). Фактически была заново создана система здравоохранения в национальных районах, медицинская помощь была приближена к населению.

Успехи в развитии медицинской науки и здравоохранения в сочетании с проводимыми в общегосударственном масштабе санитарно-профилактическими мероприятиями способствовали быстрому снижению, а затем и практически полной ликвидации в СССР таких болезней, как чума, натуральная оспа, возвратный тиф. Неоспоримые успехи были достигнуты советскими учеными в решении проблемы ряда вирусных инфекций, таких как весенне-летний и японский энцефалиты, риккетсиозы, геморрагические лихорадки.

* * *

В годы мирного социалистического строительства, как и в период иностранной военной интервенции и гражданской войны, развитие советской военной медицины происходило под руководством Коммунистической партии на основе разработанных ею принципов, определявших политику Советского государства в области охраны здоровья трудящихся. Все проблемы военной медицины решались в тесном содружестве с органами гражданского здравоохранения.

С наступлением мирного времени перед советской военной медициной встал широкий круг новых задач. Одни из них были связаны с текущим медицинским обеспечением войск в период мирного строительства Вооруженных Сил СССР, другие — с подготовкой медицинской службы к работе в условиях будущей войны. При этом

¹ БСЭ, изд. 2, т. 50, стр. 396.

главное содержание работы военно-медицинской службы по медицинскому обеспечению войск составляла профилактика. Это определялось профилактической направленностью советской медицины.

Большая заслуга во внедрении в военно-медицинскую практику профилактических идей и в разработке связанного с этим комплекса теоретических и практических вопросов лечебно-профилактического обеспечения войск принадлежала З. П. Соловьеву, возглавлявшему Военно-санитарное управление Красной Армии и Флота (ВСУ)¹ до октября 1928 г. З. П. Соловьев, врач-большевик, один из соратников В. И. Ленина, был энергичным проводником идей Коммунистической партии в области здравоохранения и сыграл огромную роль в становлении и развитии советской военной медицины. Достойными преемниками З. П. Соловьева на этом ответственном посту явились М. И. Баранов, руководивший медицинской службой Красной Армии до августа 1937 г., а затем Е. И. Смирнов, возглавивший военно-медицинскую службу в 1939 г.

В первые годы восстановительного периода огромные экономические трудности в стране, являвшиеся следствием многолетней войны, создавали крайне неблагоприятную обстановку для работы военно-медицинской службы. Отрицательно отражались на ее деятельности практиковавшиеся в те годы весьма частые изменения организационно-штатной структуры частей и соединений. Следует также отметить, что в демобилизационный период материальные средства военно-медицинской службы и количество ее частей и учреждений сокращались значительно быстрее, чем уменьшалась в них потребность в связи с уменьшением численности войск.

Непрерывный подъем экономики советской страны и достижения в области гражданского здравоохранения наряду с успехами медицинской науки создавали все более благоприятную обстановку для медицинского обеспечения войск. Бюджет Военно-санитарного управления РККА в 1928 г. исчислялся 21 243 000 руб., что в два с лишком раза превышало сумму бюджетных ассигнований 1924—1925 гг. С 1928 по 1940 г. эта сумма возросла более чем в 3,5 раза. Из года в год улучшалась материальная обеспеченность военно-лечебных учреждений. По свидетельству З. П. Соловьева, они уже в 1924—1925 гг. снабжались медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом с полным удовлетворением своих потребностей в соответствии с действовавшими тогда нормами².

Непрерывно расширялась номенклатура предметов медицинского снабжения и возрастал объем этого снабжения. В конце 20-х годов он был, например, уже в 2 раза больше, чем в 1924/25 хозяйственном году³. На снабжение войск, а также частей и учреждений медицинской службы стали поступать новые образцы предметов медицинского снабжения (инструментарий, приборы, аппаратура и др.),

¹ С 1/IX 1924 г. ГВСУ было переименовано в ВСУ (Военно-санитарное управление).

² Красная Армия в 1924 г., сб., М., 1925, стр. 231.

³ «Красная Звезда», № 247 (1144), 1928 г.

которые все в большем количестве и ассортименте производились отечественной медицинской промышленностью.

Благотворно сказалась на работе военно-медицинской службы военная реформа 1924—1925 гг. и прежде всего в том, что с ее проведением упорядочились все стороны жизни и быта личного состава Красной Армии. Значительную роль в этом отношении сыграл устав внутренней службы, вышедший в 1924 г. взамен ранее действовавшего устава 1918 г. Отныне все стороны армейской жизни стали регламентироваться едиными уставными положениями, разработанными применительно к условиям мирного времени и содержащими научно обоснованные санитарно-гигиенические требования к быту личного состава войск.

Широкое применение территориально-милиционного принципа строительства Красной Армии вносило в работу военно-медицинской службы ряд существенных особенностей, связанных со своеобразными условиями комплектования, а также жизни и боевой подготовки личного состава частей и соединений с территориально-милиционной системой формирования. При этом наибольшее значение для организации их медицинского обеспечения имели: прохождение переменным составом военной службы в обычных для него климато-географических условиях, неполный отрыв этого состава от той среды, в которой он жил до призыва в армию, менее строгие требования к здоровью военнослужащих, неизбежность тесного общения воинского коллектива с местным населением, обучение воинских контингентов путем периодически проводимых сборов, исключавших возможность непрерывного медицинского контроля за состоянием их здоровья. Поэтому медицинское обеспечение войск с территориально-милиционной системой комплектования, хотя и строилось на тех же принципах, что для кадровых формирований, было гораздо более сложным делом. Медицинский состав территориально-милиционных частей и соединений проводил свою работу в тесном сотрудничестве с органами гражданского здравоохранения, что являлось одним из ярких выражений организационного единства советской медицины. Особенно напряженный и ответственный период в деятельности медицинской службы наступал во время сборов этих войск.

Советские Вооруженные Силы получали все более полноценное по здоровью и физическому состоянию пополнение. Свидетельством этого может служить рост числа призывников, годных к несению строевой службы, хотя требования к состоянию их здоровья из года в год возрастали. Если в 1925 г. таких призывников насчитывалось 51,9%, а в 1929 г. — 53,0%, то в 1933 и 1937 гг. их соответственно стало 69,3% и 81,0%. А в 1940 г. этот процент достиг 88,2¹. Не менее характерен и другой показатель: с 1925 по 1935 г. число уволенных с военной службы вследствие различных болезней сократилось в 2,5 раза².

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 35484, д. 184, л. 288.

² Фонды ВММ, экспонат № 39680.

Коротко рассмотрим теперь организацию и содержание основных сторон работы военно-медицинской службы по медицинскому обеспечению войск применительно к потребностям мирного времени.

После окончания иностранной военной интервенции и гражданской войны, в стране и в армии снова вспыхнула эпидемия паразитарных тифов, и получили широкое распространение другие инфекционные заболевания. Так, в 1921 г. в Красной Армии на 1000 чел. состава приходилось 122,28 заболевших сыпным и возвратным тифами. В 1922 г. эта цифра возросла¹ до 125,68. Такая большая заболеваемость представляла серьезную угрозу для боеспособности Красной Армии.

Уже при первых признаках этой угрозы партия и правительство приняли все необходимые меры, чтобы предотвратить или, в крайнем случае, значительно уменьшить надвигавшуюся на армию новую волну эпидемий. Одной из таких мер являлось улучшение казарменного размещения войск. По этому важному и неотложному вопросу ЦК РКП(б) и ВЦИК в начале 1921 г. выпустили специальный циркуляр, который был адресован губернским и уездным комитетам и исполкомам Советов рабочих и крестьянских депутатов.

«Наученные горьким опытом, — говорилось в этом циркуляре, — мы должны встретить грозного врага во всеоружии, обратить все наше внимание туда, где тиф находит особо обильную жатву, — на красноармейские казармы»². ЦК РКП(б) и ВЦИК призвали партийные и советские органы оказывать всяческое содействие местным военным властям в расквартировании войск, всемерно помогать командованию в ремонте казарм и военно-лечебных учреждений путем внеочередного предоставления нужных материалов и рабочей силы.

Исключительно важное значение имело постановление Совета Труда и Оборона от 24 августа 1921 г. «Об улучшении санитарных условий при квартирном размещении войсковых частей», подписанное В. И. Лениным³. В нем все строительно-ремонтные работы для нужд Красной Армии признавались внеочередными и сверхударными, а также намечался ряд практических мероприятий по осуществлению обширной программы казарменного строительства.

Циркуляр ЦК РКП(б) и ВЦИК заканчивался призывом: «Военные фронты ликвидированы, необходимо все силы бросить на ликвидацию фронта эпидемического»⁴. В выполнении этой задачи большую роль сыграло постановление СНК РСФСР «О мерах борьбы с сыпным и возвратным тифом»⁵ от 19 декабря 1921 г.

В борьбе с эпидемией сыпного и возвратного тифов ведущее место занимало банно-прачечное и дезинфекционное обслуживание

¹ Н. А. Семашко. 10 лет на страже Красной Армии. «Вестник современной медицины», 1928, № 4, стр. 231.

² Известия Народного комиссариата по военным делам, 7 апреля 1921 г., № 62, стр. 82.

³ Известия Народного комиссариата по военным делам, 18 сентября 1921 г., № 128, стр. 466.

⁴ Известия Народного комиссариата по военным делам, 7 апреля 1921 г., № 62, стр. 82.

⁵ Собрание узаконений и распоряжений Рабоче-крестьянского правительства, 1922, стр. 15.

войск и населения. Пропускная способность банно-прачечных и дезинфекционных установок быстро возрастала. С 1921 по 1923 г. она увеличилась с 22 912 до 42 400 (из расчета на 1000 чел. состава в год), а количество продезинфицированного белья и одежды за этот период повысилось соответственно с 960 до 19 584 шт.¹.

Возникшая в стране и Красной Армии в начале мирного строительства эпидемия сыпного и возвратного тифов сопровождалась ростом других инфекционных болезней, в первую очередь брюшного тифа и холеры, заболевания которыми в ряде районов страны имели характер серьезной эпидемической вспышки. В 1921 г. заболеваемость в войсках холерой и брюшным тифом достигала соответственно 1,33 и 6,8 на 1000 чел. состава².

В борьбе с этими инфекционными болезнями наиболее действенным средством являлась профилактическая иммунизация. В стране была развернута широкая сеть бактериологических институтов и лабораторий, которые, несмотря на переживаемые Советской Республикой экономические трудности, были в достаточной степени снабжены всем необходимым для нормальной деятельности. Это было возможно благодаря специальному декрету Совнаркома РСФСР от 14 января 1921 г. «Об обеспечении всеми необходимыми средствами и материалами бактериологических институтов, лабораторий и телятников Республики»³. Органы гражданского здравоохранения и военно-медицинская служба Красной Армии с каждым годом получали все больше вакцин и лечебных сывороток. Если в 1920 г. в Красной Армии против брюшного тифа и холеры было привито в среднем (по округам и фронтам) от 50 до 80%, а в 1921 г. — свыше 95% личного состава, то в последующие годы прививкам практически подвергались все войска⁴.

В непосредственной связи с противэпидемической защитой войск Красной Армии находилось и медицинское обеспечение демобилизации больших масс личного состава войск. «Тяжелым и ответственным экзаменом, — писал З. П. Соловьев в 1928 г., — явился для военного врача и процесс демобилизации Красной Армии, достигшей к концу гражданской войны нескольких миллионов человек. Вполне достаточное санитарное обслуживание — это мы можем смело утверждать — этого процесса сыграло громадную, еще мало оцененную пока роль в общем процессе оздоровления страны»⁵.

Военно-медицинская служба успешно выдержала этот трудный экзамен. Решающим фактором, обусловившим положительные результаты проводимой работы, являлись повседневная помощь и

¹ Отчет Народного комиссариата здравоохранения XII Всероссийскому съезду Советов. М., 1925, стр. 105.

² Н. А. Семашко. 10 лет на страже Красной Армии. «Вестник современной медицины», 1928, № 24, стр. 231.

³ Собрание узаконений и распоряжений Рабоче-крестьянского правительства, 1921, ст. 42.

⁴ Отчет IX Всероссийскому съезду Советов о деятельности Наркомздрава за 1921 г. М., 1921, стр. 121; З. П. Соловьев. Вопросы военной медицины. Избранные статьи и речи, Л., 1955, стр. 201.

⁵ З. П. Соловьев. Вопросы здравоохранения, М., 1940, стр. 247.

непосредственное руководство ею со стороны Коммунистической партии и Советского правительства. Одним из наглядных выражений этого может служить постановление Всероссийского Центрального Исполнительного Комитета и Совета Труда и Оборона от 18 февраля 1921 г., подписанное В. И. Лениным. В нем содержалась широкая программа медицинского обеспечения демобилизованных и намечались пути претворения ее в жизнь.

Большую роль в противоэпидемической защите войск и их санитарно-гигиеническом обеспечении сыграли центральная санитарно-гигиеническая лаборатория, окружные дезинфекционно-инструкторские отряды и химико-бактериологические лаборатории. Последние были созданы в 1922 г. вместо санитарно-технических станций и в дальнейшем были преобразованы сначала в санитарно-гигиенические, а затем в санитарно-эпидемиологические лаборатории военных округов. Окружные дезинфекционно-инструкторские отряды, выполнив свою роль, были упразднены в начале 20-х годов.

Центральная санитарно-гигиеническая лаборатория в 1930 г. вошла в состав организованного Военно-санитарного института РККА, впоследствии названного Научно-исследовательским испытательным санитарным институтом Красной Армии (НИИСИ).

В результате предпринятых энергичных мер заболеваемость паразитарными тифами в Красной Армии снизилась (на 1000 состава) со 125,68 в 1922 г. до 5,95 в 1923 г.¹ Но Советские Вооруженные Силы еще не вступили в полосу полного благополучия в эпидемическом отношении. В них, как и в стране в целом, широкой волной распространилась малярия. В 1923 г. ею болело 142,01 чел. на 1000 личного состава Красной Армии². Такая высокая заболеваемость грозила тяжелыми последствиями. В связи с этим Советское правительство еще в 1921 г. приняло специальное постановление, в котором признало гидротехнические работы для нужд Красной Армии работами чрезвычайной военной важности³.

Но скудные ресурсы Советской Республики не позволили на первых порах вести борьбу с малярией широким фронтом. Эта борьба, как правило, заключалась в профилактической хинизации, переводе больных хронической формой малярии в немалярийные местности, в организации специальных летучих противомаларийных отрядов и проведении ряда других мер. Надлежащие условия для проведения широко разветвленных противомаларийных мероприятий в крупном масштабе возникли, начиная с 1924 г. Их осуществление не замедлило повлечь за собой ощутимое снижение заболеваемости: в 1925 г. малярией болело только 59,6 чел. на 1000 состава⁴.

По мере укрепления материальной базы Красной Армии и ее военно-медицинской службы санитарно-гигиеническое и противоэпидемическое обеспечение войск с каждым годом осуществлялись на

¹ Н. А. Семашко. 10 лет на страже Красной Армии. «Вестник современной медицины», 1928, № 4, стр. 231.

² Военно-санитарный кабинет (оборудование и содержание). М., 1928, стр. 35.

³ Приказ РВСР, 1921 г., № 1285.

⁴ С. Е. Бурштын. Достижения Красной Армии за 10 лет. «Профилактическая медицина», 1928, № 2, стр. 108.

все более высоком качественном уровне. Это в значительной степени стало возможно благодаря достижениям военной гигиены и эпидемиологии. Ведущую роль в развитии указанных отраслей военной медицины играли Военно-медицинская академия, Научно-исследовательский испытательный институт и Центральная вакцино-сывороточная лаборатория РККА — научно-исследовательское учреждение, организованное



Г. В. Хлопин. 1925 г.

в конце 20-х годов и влившееся в начале 30-х годов в состав упомянутого выше института. В 30-е годы основными направлениями научных изысканий в области военной гигиены, давших наиболее ценные практические результаты, являлись изучение гигиенических особенностей военного труда личного состава в долговременных оборонительных точках, танках и бронемашинах, исследование и оценка качества воздуха в помещениях подводных лодок, а также разработка вопросов, связанных с питанием войск и их обмундированием. В проведении этих исследований принимал участие широкий круг ученых — военных гигиенистов: Г. В. Хлопин, В. А. Виноградов-Волжинский, В. А. Углов, Ф. Г. Кротков и др.

Существенные успехи в эти годы были

достигнуты и в отраслях медицинской науки, имевших отношение к противоэпидемическому обеспечению войск. Здесь надо прежде всего упомянуть труды, завершившиеся созданием новых, более эффективных прививочных препаратов (сотрудники НИИСИ), разработкой академиком Е. Н. Павловским учения о природной очаговости болезней человека, внесением серьезного вклада в изучение особо опасных инфекций (Д. К. Заболотный), а также изысканием новых, более действенных средств и способов дезинфекции и дезинсекции (Я. Л. Окуневский).

О непрерывном улучшении санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения войск Красной Армии можно судить по следующим фактам. В 1925 г. в Красной Армии был установлен предупредительный санитарно-строительный надзор¹. Он проводился на основе разработанных гигиенической наукой требований к строительству казарменных помещений, а также к расположению и внутренней планировке воинских лагерей. Казарменное строительство в Красной Армии, начало которому было положено в 1924 г., велось по типовым проектам, которыми предусматривалось существенное улучшение санитарно-гигиенических условий размещения красноармейцев.

В 1924 г. в законодательном порядке был введен систематический врачебный контроль за качеством поступающего на снабжение войск продовольствия². Указанная мера явилась тем более важной, что в том же году правительством были установлены строго определенные кондиции продуктов питания личного состава Красной Армии³. В последующем эти кондиции подвергались пересмотру в сторону повышения требований к качеству продовольствия, поступающего на снабжение армии и флота.

Военно-медицинская служба всемерно стремилась проводить в жизнь научно обоснованные требования к постановке питания в войсках. Этому способствовала разработка и введение в Красной Армии в 1934 г. нового продовольственного, так называемого основного, красноармейского пайка. По своей калорийности и составу



Я. Л. Окуневский. 1936 г.

¹ Приказы РВС СССР и Наркомздрава, 1925 г., № 185 и 1008.

² Приказ РВС СССР и Наркомздрава, 1924 г., № 94.

³ Там же, № 984.

основных пищевых веществ он в полной мере соответствовал физиологическим нормативам энергетических трат военнослужащих.

Все более совершенными становились формы и методы противоэпидемического обеспечения войск. С 1930 г. в противоэпидемической практике военно-медицинской службы начал применяться метод энтеральной вакцинации против дизентерии, разработанный Безредкой. С 1937 г. иммунизация по этому методу стала по приказу РВС СССР проводиться в обязательном порядке всему личному составу

Красной Армии. В том же году была введена прививка против столбняка и создано такое мощное средство, как комбинированная (ассоциированная) вакцина, содержащая в комплексе иммунизирующие начала против нескольких инфекций — брюшного тифа, паратифов А, В и столбняка. По установленному порядку иммунизация указанной вакциной в дальнейшем проводилась ежегодно с полным охватом всего личного состава.

Разносторонняя деятельность военно-медицинской службы по санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому обеспечению войск с широким использованием при этом последних достижений гигиенической и эпидемиологической науки приносила ощутимые плоды: эпидемическая заболеваемость в Красной Армии продолжала систематически снижаться и к се-



Е. Н. Павловский. 1939 г.

редине 30-х годов достигла относительно невысоких показателей на 1000 чел. личного состава¹.

Лишь число заболеваний малярией оставалось еще довольно высоким, хотя в 1936 г., как видно из табл. 3 оно также значительно уменьшилось.

В системе медицинского обеспечения войск важное место занимал отбор здорового и полноценного в физическом отношении пополнения. Решению этой задачи способствовало введение в 1925 г.² новых «Инструкций по медицинскому освидетельствованию» и «Расписания болезней», разработанных применительно к требованиям мирного времени. Деятельность врачей призывных комиссий с каж-

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44830, д. 65, лл. 303, 308, 315—317.

² Приказ РВС СССР и НКЗ РСФСР, 1925 г., № 755.

**Эпидемическая заболеваемость в Красной Армии
в середине 30-х годов
(на 1000 чел. личного состава)**

Годы	Брюшной тиф	Паратифы	Дизенте- рия	Сыпной тиф	Малярия
1934	0,61	0.28	1,07	0,72	68,64
1935	0.37	0.15	0,46	0,15	70,26
1936	0,26	0.21	0,82	0,05	44,44

дым годом улучшалась, что было возможно, как указывал З. П. Соловьев, благодаря большой активности врачебного состава, а также дружной и согласованной работе органов военного и гражданского здравоохранения¹. Призывные врачебные комиссии выполняли важную функцию барьеров, препятствующих проникновению в Красную Армию неполноценных по своему здоровью призывных контингентов. Так, если в 1925 г. в порядке опротестования было выявлено среди общего числа призванных 5,2% негодных к службе по состоянию здоровья, то в 1928 г. этот процент снизился² до 3,55. Для сравнения укажем, что в царской армии считалось нормальным, если число ошибочно зачисленных на военную службу достигало 6—8% от всех призванных.³

Дальнейшее улучшение здоровья и физического состояния населения наряду с непрерывным усложнением в связи с механизацией и моторизацией Красной Армии условий службы в ней вызвали необходимость пересмотра ряда положений «Расписания болезней» 1928 г. Это было сделано в августе 1935 г.⁴, когда вышло в свет новое «Расписание» и приложенные к нему необходимые инструкции, предусматривающие более дифференцированный отбор личного состава для различных родов войск.

Отбор здорового и полноценного по своему физическому развитию пополнения сочетался с правильным и научно обоснованным назначением его по родам войск и службам в соответствии с индивидуальными качествами каждого призываемого. В этой работе наряду с данными, получаемыми при антропометрии и врачебных обследованиях, большое значение придавалось результатам психотехнических исследований. Психотехническим испытаниям подвергались все кандидаты в летные и большинство других военных училищ общего и специального профиля. Эти испытания нередко производились также в частях при распределении нового пополнения по подразделениям. Военно-санитарным управлением РККА были изданы специальные инструкции о применении психотехнического метода в частях войск, учебных заведениях, а также при призыве нового

¹ З. П. Соловьев. Итоги и перспективы призыва в Красную Армию. «Военный вестник», 1925, № 31, стр. 2.

² С. Е. Бурштын. Краткий курс военно-санитарной администрации (организация санитарной службы РККА), М., 1931, стр. 45.

³ З. П. Соловьев. Вопросы здравоохранения, М., 140 стр. 262.

⁴ Приказ Наркома Обороны, 1935 г., № 120.

пополнения¹. Вопросы военной психотехники обсуждались на Всесоюзном съезде по психотехнике в июне 1927 г., на котором стоял специальный доклад З. П. Соловьева «Задачи психотехники в Красной Армии»². Важную роль в разработке методик психотехнической оценки состояния здоровья призывников сыграли созданные в 1925—1927 гг. окружные и флотские психофизиологические лаборатории.

Однако во второй половине 30-х годов, в связи с критикой методологических ошибок психотехники как науки, была без должных



Посещение медицинским работником продовольственного склада. 1929 г.

обоснований констатирована практическая несостоятельность и вредность ее методов, в результате чего психотехнические исследования в Красной Армии почти полностью прекратились. Это явилось следствием излишне прямолинейной субъективистской трактовки данного вопроса отдельными учеными, вследствие чего многие весьма полезные и эффективные методы психотехнического отбора военных специалистов были неоправданно опорочены и изъяты из военно-медицинской практики.

В своей повседневной деятельности военно-медицинская служба уделяла много внимания осуществлению медицинского контроля за боевой и физической подготовкой войск. Уже в первые годы мирного строительства был проведен ряд важных мероприятий в этом

¹ Приказ ВСУ РККА, 1926 г., № 201 и циркуляр ВСУ РККА, 1923 г., № 12228.

² З. П. Соловьев. Строительство советского здравоохранения. М., 1932, стр. 212—224.

направлении. Так, в 1922 г. были учреждены штатные должности окружных и губернских врачей-инструкторов всеобуча, позднее получивших название врачей-инструкторов по физической подготовке войск¹. Эти врачи-специалисты предназначались для организации постоянного врачебного наблюдения за физической культурой и спортом как среди допризывников, так и среди личного состава Красной Армии. В 1925 г. в штат окружных Военно-санитарных управлений были введены должности инспекторов по физической подготовке войск².



Плановый медицинский осмотр личного состава. 1930 г.

В середине 1925 г. в Красной Армии был принят принцип оценки физической подготовленности личного состава на основе сопоставления данных систематических врачебных обследований с результатами периодических испытаний по физической подготовке³. В изданной на этот счет инструкции говорилось, что испытания физической подготовленности вводятся во избежание переутомления войск, а также для того, чтобы командный состав мог постоянно следить за влиянием всей боевой подготовки на организм бойцов и располагал объективными данными для ее регулирования.

Одной из важных сторон деятельности военно-медицинской службы являлось изучение санитарно-гигиенических и физиологических особенностей различных видов военного труда и боевой подготовки войск с целью создания условий, при которых личный состав

¹ Приказ РВСР и НКЗ РСФСР, 1922 г., № 2018.

² Приказ РВС СССР и НКЗ РСФСР, 1925 г., № 53.

³ Там же, № 568.

мог бы не только без вреда для своего здоровья, но и с пользой для него нести военную службу и давать максимально возможную производительность при выполнении всех видов военно-трудовых процессов.

На первых порах это изучение производилось при весьма слабой материально-технической базе и носило зачастую полукустарный характер.



В. П. Осипов. 1939 г.

Положение стало улучшаться с середины 20-х годов, когда в Красной Армии были созданы специальные научно-исследовательские учреждения, призванные разрабатывать данную проблему. Первым учреждением такого рода стала Центральная психофизиологическая лаборатория Военно-Воздушных Сил СССР, организованная в 1924 г. по инициативе одного из первых советских авиационных врачей С. Е. Минца и при ближайшем участии и поддержке З. П. Соловьева¹.

Почти одновременно с Центральной были открыты психофизиологические лаборатории и при некоторых военно-воздушных учебных заведениях. К тому же времени относится и организация Центральной психофизиологической лаборатории ВСУ РККА.

В военных округах и флотах психофизиологические лаборатории стали развертывать с 1925 г. Это положительно сказалось на росте количества психофизиологических обследований личного состава Красной Армии и Военно-Морского Флота. Так, например, если в 1924 г. таким обследованиям было подвергнуто всего 3000 чел. личного состава, то через год эта цифра поднялась до 13 000. Для руководства деятельностью всех лабораторий при ВСУ РККА существовала Центральная комиссия по организации психофизиологических исследований. С 1930 г., ко-

¹ Приказ РВС СССР и НКЗ РСФСР, 1924 г., № 837.

гда указанная комиссия и Центральная психофизиологическая лаборатории РККА были упразднены, роль всеармейского научного и организационно-методического центра по разработке военно-психофизиологических проблем стало выполнять вновь созданное многоотраслевое научное военно-медицинское учреждение Научно-исследовательский испытательный санитарный институт (НИИСИ) РККА. Во второй половине 30-х годов психофизиологические лаборатории при авиационных военно-учебных заведениях были реорганизованы в лаборатории авиационной медицины, а окружные психофизиологические лаборатории — упразднены.

В связи с ростом технической мощи Красной Армии в научно-исследовательской работе большое место стало занимать изучение гигиены и физиологии военно-трудовых процессов личного состава авиации, военно-морских сил, бронетанковых и других специальных родов войск. Эти научные исследования велись в значительном объеме на ряде кафедр Военно-медицинской академии.



Н. Н. Аничков. 1939 г.

Особенно активно включились в разработку данной проблемы научные коллективы кафедр нормальной физиологии (начальник — проф. Л. А. Орбели), болезней уха, горла, носа (начальник — проф. В. И. Воячек) и психиатрии (начальник — проф. В. П. Осипов), при которой был создан курс психофизиологии военного труда.

Весьма актуальной для Советских Вооруженных Сил была проблема кислородной недостаточности. Значительный вклад в ее разработку внес коллектив кафедры патологической анатомии и физиологии академии (начальник — проф. Н. Н. Аничков).

На основании данных научных исследований были значительно усовершенствованы формы и методы обучения личного состава специальных родов войск (бронетанковых, авиации, военно-морских сил и др.); проведены некоторые мероприятия по устранению влияния на организм военнослужащих неблагоприятных факторов, связанных

с применением новых образцов военной техники и вооружения; установлены научно-обоснованные нормативы военно-трудовых процессов, обеспечивавшие максимальную продуктивность работы красноармейца и командира при наименьшей затрате их сил.

Санитарное просвещение личного состава войск всегда занимало важное место в системе мероприятий, проводимых военно-медицинской службой, начиная с первого этапа строительства Красной Армии. О большом внимании, уделявшемся санитарно-просветительной работе в годы иностранной военной интервенции и гражданской войны, рассказывалось в предыдущей главе. Свое значение эта работа полностью сохранила и после окончания войны. Уже с середины 1921 г. началась планомерная санитарно-просветительная работа в частях Красной Армии, когда был издан специальный приказ РВСР и НКЗ РСФСР № 1242 о ликвидации в течение шести месяцев санитарной безграмотности личного состава. Для достижения этой цели надлежало отработать 28-часовую программу, которая содержала по преимуществу теоретические не связанные с жизнью войск вопросы. Указанные недостатки были в значительной степени устранены в 1923 г., когда в частях Красной Армии и Флота был введен «санитарный час», выделявшийся 1 раз в неделю за счет политзанятий. Это учебное время предназначалось для отработки определенной программы, которая объявлялась 2 раза в год перед каждым периодом обучения¹.

В 1925 г. Красная Армия получила двухлетнюю программу санитарного обучения на 63 часа. Таким образом, работа в области санитарного просвещения все более приобретала черты плановой санитарной подготовки личного состава, пока она окончательно не оформилась в 1931 г. в качестве одного из составных элементов программы боевой подготовки личного состава войск. Успех санитарной подготовки и воспитания личного состава войск во многом зависел от уровня медицинской культуры командно-начальствующего состава. Привить эту культуру и поднять ее на более высокую ступень являлось важной задачей военно-медицинской службы. В годы мирного строительства эта задача решалась путем проведения систематической санитарно-просветительной работы среди командного и начальствующего состава, а также преподавания основ медицинских знаний в военно-учебных заведениях. Там существовали специальные классы «военной гигиены», а на изучение медицинских дисциплин отводилось 25—30 часов учебного времени.

* *
#

В решении всего комплекса вопросов военного здравоохранения важнейшая роль принадлежала войсковой медицинской службе. В первые же годы послевоенного периода она подверглась серьезной реорганизации применительно к требованиям условий мирного времени. Во второй половине 1924 г. приказом РВС СССР и НКЗ РСФСР № 1012 в Красной Армии были созданы войсковые лазареты

¹ Приказ РВСР, 1923 г., № 1366.

вместо существовавших до этого по штатам мирного времени войсковых приемных покоев. Войсковые лазареты предназначались для стационарного лечения больных и открывались в частях приказом командующего округом. Они обслуживались медицинскими работниками данной части и давали возможность максимально приблизить к войскам лечебную помощь, что создавало благоприятные условия для проведения в жизнь профилактического направления советской военной медицины.

В 1936 г. войсковые лазареты были переведены на штатное положение¹. Несмотря на ограниченность установленного штата (2 военнослужащих и 9 вольнонаемных), это мероприятие принесло большую пользу, так как комплектование лазаретов собственным штатным медицинским составом создавало благоприятные условия для повышения качества их работы и уменьшало отрыв медицинского состава войсковых частей от выполнения своих служебных обязанностей непосредственно в подразделениях.

Работа войсковой медицинской службы, как и всех остальных звеньев военно-медицинской организации Красной Армии, строилась на основе профилактических начал советской медицины. Утверждение профилактического направления советской военной медицины, как ведущего и единственно возможного в условиях советского строя, привело к возникновению и внедрению в практику медицинского обеспечения Красной Армии диспансерного метода обслуживания ее личного состава. Сущность этого метода заключается в сочетании высококвалифицированной лечебной помощи с проведением целенаправленных профилактических мероприятий. Осуществляя последние, войсковые врачи становились, по З. П. Соловьеву, организаторами «санитарного быта» войск. Основной их задачей З. П. Соловьев считал «...изучение коллективов в целом и в особенности тех вредоносных и оздоравливающих моментов и факторов, которые ему присущи..., оформление планов оздоровительных мероприятий и... планомерное проведение изменения условий этих коллективов в сторону наибольшего благоприятствования — как самих коллективов, так и отдельных индивидуумов, составляющих этот коллектив»².

Среди мер, способствовавших достижению положительных результатов во всех областях деятельности войсковой военно-медицинской службы, важное место отводилось распространению научно-медицинских знаний среди войсковых врачей и привлечению их к научной разработке различных вопросов медицинского обеспечения войск. Большую роль в этом отношении играло санитарное отделение Военно-научного общества (САНОВНО), созданное в феврале 1923 г.

Правление санитарного отделения ВНО возглавлялось З. П. Соловьевым, который своим неустанным трудом и неиссякаемой энергией сделал очень многое для развития в стране научных военно-медицинских знаний.

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 13729, д. 2, л. 83; оп. 44836, д. 91, л. 117.

² З. П. Соловьев. Вопросы здравоохранения. М., 1940, стр. 250.

Успешное решение стоявших перед войсковой медицинской службой задач во многом зависело от состояния лечебного дела в Красной Армии. С переходом к мирному времени часть военно-лечебных учреждений была передана в ведение гражданских органов здравоохранения или расформирована, а оставшиеся в системе Наркомвоенмора подверглись реорганизации с учетом условий мирного строительства страны и ее Вооруженных Сил. В Красной Армии были созданы типовые военные госпитали (центрального подчинения, окружные, армейские и гарнизонные), имевшие по штату от 50 до 1500 коек. В 1921 г. была установлена типовая организационно-штатная структура зуботехнических лабораторий, учрежденных в 1919 г.¹ Амбулаторная лечебная помощь больным оказывалась в гарнизонных амбулаториях (поликлиниках), поликлинических отделениях госпиталей и в амбулаториях приемных покоев (пунктов медицинской помощи).

Благодаря повседневной заботе Коммунистической партии и Советского правительства об удовлетворении нужд медицинской службы Красной Армии лечебное обслуживание ее личного состава даже в трудный период первых послевоенных лет осуществлялось без перебоев и с удовлетворительными в целом результатами. Примерами такой заботы могут, в частности, служить два специальных постановления Совнаркома РСФСР, принятые сразу же после окончания войны по инициативе и за подписью В. И. Ленина. В одном из них (от 10/I 1921 г.)² местные органы Советской власти обязывались обеспечивать военно-лечебные учреждения жилым и госпитальным фондом. Указанную работу ввиду ее «...особой государственной важности...» предписывалось выполнять «... в порядке исключительной срочности за ответственностью президиумов исполкомов...». В другом постановлении (от 20/XII 1920 г.)³ намечался ряд конкретных практических мер по ремонту зданий, используемых для лечебных и санитарно-эпидемиологических целей.

Укрепление советской экономики давало возможность не только из года в год расширять эти ремонтные работы, но и вести строительство новых госпитальных корпусов и предпринимать капитальную перестройку отводимых для военно-лечебных учреждений жилых и общественных зданий. Так, в 30-е годы были построены прекрасно оборудованные и оснащенные помещения для военных госпиталей в Минске, Смоленске, Новгороде и ряде других пунктов дислокации войск.

Коренной реконструкции подвергся в этот период и старейший военный госпиталь нашей страны — Московский Коммунистический военный госпиталь (ныне — Главный военный госпиталь Министерства Обороны имени Н. Н. Бурденко), основанный еще Петром I. В госпитале было заново построено 2 больших корпуса, где разместились хирургические отделения; были капитально отремонтированы и реконструированы все старые здания. К концу 30-х годов госпиталь

¹ Приказ РВСР и НКЗ, 1921 г., № 1357.

² «Известия ВЦИК» от 14 января 1921 г.

³ «Известия ВЦИК», № 3 от 5 января 1921 г.

имел 24 медицинских отделения, оснащенные новейшей медицинской техникой и оборудованием. Высококвалифицированный коллектив госпиталя, в составе которого работало 24 доктора и кандидата медицинских наук, в том числе профессора М. М. Дитерихс, Ф. Ф. Березкин, Г. Г. Куликовский, превратил его в образцовое военно-лечебное учреждение.

В годы мирного социалистического строительства значительные изменения произошли в Клиническом военном госпитале, объединявшем клиники Военно-медицинской академии. Был открыт ряд новых клиник (урологии — в 1924 г., стоматологии — в 1929 г., военно-полевой хирургии — в 1931 г.), создана Центральная клиническая лаборатория (1937 г.), существенно увеличено число рентгеновских кабинетов и рентгеноустановок, физиотерапевтических кабинетов и т. п. В клиниках академии впервые в нашей стране было произведено переливание крови (1919 г.), были предложены новые диагностические методы, например прижизненное исследование костного мозга стеральной пункцией и др.

За время мирного строительства Советских Вооруженных Сил госпитальный коечный фонд Красной Армии непрерывно возрастал. С 1931 по 1938 г. этот рост выразился в 44%¹.

Благодаря повышению материального благосостояния советского народа и улучшению качества медицинского обслуживания войск заболеваемость личного состава Красной Армии все время уменьшалась.

Из года в год повышалось и качество работы военно-лечебных учреждений, чему в значительной степени способствовало все более широкое внедрение в лечебную практику рентгеновских и лабораторных методов исследования, физиотерапии. Если в 1930 г. рентгеновские кабинеты (отделения) имели 60%, физиотерапевтические — 45,6% всех госпиталей², то в 1934—1935 гг. количество таких госпиталей соответственно возросло до 73% и 61,5%³.

Представление о профилизации коечной сети Красной Армии и о ее динамике можно получить из следующих данных. В 1930 г. приходилось на долю терапевтических коек 25,0%, в 1939 г. — 32,1%, хирургических коек соответственно — 23,3% и 28,8%, кожно-венерических — 19,0% и 12,6%, нервных — 4,7% и 5,0%, глазных — 3,9% и 3,2%⁴. В 1940 г. было введено новое штатное расписание госпиталей, которое определяло профиль и количество состоявших в них медицинских лечебных отделений. В штате 200-коечного госпиталя, например, предусматривались: хирургическое, терапевтическое, кожно-венерическое, лабораторное, рентгенологическое и физиотерапевтическое отделения⁵.

В результате количественного и качественного роста лечебного дела в Красной Армии, а также повышения уровня подготовки медицинского состава и применения в лечебной практике новых более

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44836, д. 91, л. 117.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 44816, д. 2, л. 49.

³ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44832, д. 33, л. 248.

⁴ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44832, д. 33, л. 244.

⁵ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44828, д. 1, л. 23.

эффективных лечебно-диагностических средств военно-лечебные учреждения из года в год добивались все более высоких показателей в своей работе. Об этом можно судить по уменьшению летальности в военных госпиталях. В 1932 г. она равнялась 0,1%, в 1938 г. — 0,042%. В госпиталях царской армии летальность в 1912 г. достигала 1,12%.

Важное место в системе лечебно-профилактического обслуживания личного состава Красной Армии занимала санаторно-курортная помощь. Начало санаторно-курортному делу в Красной Армии было положено Советом Труда и Оборона в конце 1920 г., когда было принято специальное постановление «Об использовании крымских курортов в качестве санаториев и здравниц для красноармейцев и рабочих»¹. В 1922 г. был издан приказ РВСР и НКЗ № 2452 об организации в Крыму и на Кавказе специальных военно-курортных станций общей емкостью в 1200 коек². Они находились в подчинении Главного военно-санитарного управления и состояли из нескольких отделений, каждое из которых имело 2—4 санатория. Такое положение сохранялось до 1928 г., когда военно-курортные станции как таковые были упразднены, а входившие в их состав санатории стали непосредственно подчиняться ВСУ РККА.

Сеть санаторно-курортных коек в Красной Армии неуклонно расширялась. В 1932 г. начал функционировать Московский санаторий, созданный на базе 2-го московского военного госпиталя. В 1934 г. в строй вступил первоклассный Сочинский санаторий, которому было присвоено имя К. Е. Ворошилова. В 30-е годы на базе санаторных отделений военных госпиталей стали организовывать окружные санатории, из которых большую известность приобрели Сухумский, Кисловодский, Кульдурский, Дарасунский и другие. Помимо этого, в военных округах с 1925 г. стали создавать дома отдыха. Вначале они развертывались только на летний сезон, а затем стали функционировать в течение всего года. В 1938 г. дома отдыха имелись почти в каждом военном округе. В 1934 г. был открыт Центральный дом отдыха Красной Армии (ныне санаторий) «Архангельское» под Москвой.

Начиная с 1931 г., широкое распространение в Красной Армии получили ночные санатории. Они открывались при военных госпиталях и войсковых лазаретах и предназначались для командиров, ослабленных по своему физическому состоянию или имевших хронические заболевания.

Если в 1925 г. санаторно-курортным обслуживанием было охвачено 7164 чел. командно-начальствующего состава³, то в 1931 г. эта цифра возросла до 28 858, т. е. более чем в 4 раза⁴. Количество мест в центральных и окружных санаториях Красной Армии с 1937 по 1940 г. увеличилось⁵ с 8745 до 11 380.

¹ «Известия ВЦИК РСФСР», № 288 от 22 декабря 1920 г.

² ЦГАСА, ф. 4, д. 4474, л. 87.

³ З. П. Соловьев. Вопросы военной медицины. Избранные статьи и речи. Л., 1955, стр. 87.

⁴ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44821, д. 2, л. 123.

⁵ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44833, д. 1, л. 164.

В итоге разносторонней деятельности по медицинскому обеспечению войск в условиях мирного времени медицинская служба добилась ряда серьезных положительных результатов. О них, в частности, свидетельствует систематическое снижение трудопотерь личного состава вследствие заболеваний, данные об этом приведены¹ в табл. 4.

Таблица 4

Трудопотери личного состава Красной Армии
от болезней за период с 1928 по 1936 г.
(на 1 чел. рядового состава в год)

Годы	Дней освобождения в порядке амбулаторной помощи	Дней стационарного лечения и дней отпуска по болезни	Дней отдыха при части	Всего трудопотерь в днях
1929	2,53	9,08	—	11,61
1930	1,97	8,32	—	10,29
1931	1,71	6,14	—	7,85
1932	1,53	4,62	0,43	6,58
1933	1,05	4,13	0,44	5,62
1934	0,99	4,34	0,34	5,67
1935	0,94	3,95	0,31	5,20
1936	0,91	3,89	0,25	5,05

* *
*

В годы мирного социалистического строительства непрерывно повышалась боеготовность военно-медицинской службы. Впервые вопросы, связанные с медицинским обеспечением войск в военное время, были обсуждены в широком плане на Центральном военно-санитарном совещании в 1925 г. по докладу Б. К. Леонардова «Положение о полевом управлении войск»². На этом совещании были определены принципы, на основе которых надлежало строить медицинское обеспечение войск. Было предусмотрено, что военно-медицинская служба в своей деятельности в боевой обстановке должна руководствоваться положением об оказании раненым и больным непрерывной, последовательной и преемственной помощи, расчленяя ее по полевым лечебным учреждениям, располагающимся в определенном порядке на эвакуационном пути.

Таким образом, учение В. А. Оппеля об этапном лечении, разработанное в конце первой мировой войны 1914—1918 гг., впервые получило официальное признание и было положено в основу организации лечебно-эвакуационного обеспечения Красной Армии.

В 1929 г. вышло «Руководство по санитарной эвакуации в РККА» — первый после окончания гражданской войны документ уставного характера по вопросам медицинского обеспечения Красной

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44830, д. 65, л. 303, 308, 315—317.

² «Военно-санитарный сборник», в. 2. 1925, стр. 114.

Армии. Выход его в свет являлся несомненным свидетельством наступившей зрелости научной военно-медицинской мысли в разработке организационно-тактических проблем. В «Руководстве» давалось научное обоснование этапному лечению. Оно провозглашало, правда, в зачаточной форме, прогностическую сортировку раненых и больных.

Установленная «Руководством» система лечебно-эвакуационного обеспечения складывалась, как это видно на схеме, из цепочки этапов медицинской эвакуации. Раненые и больные должны были последовательно проходить через все звенья этой цепочки. Таким образом,

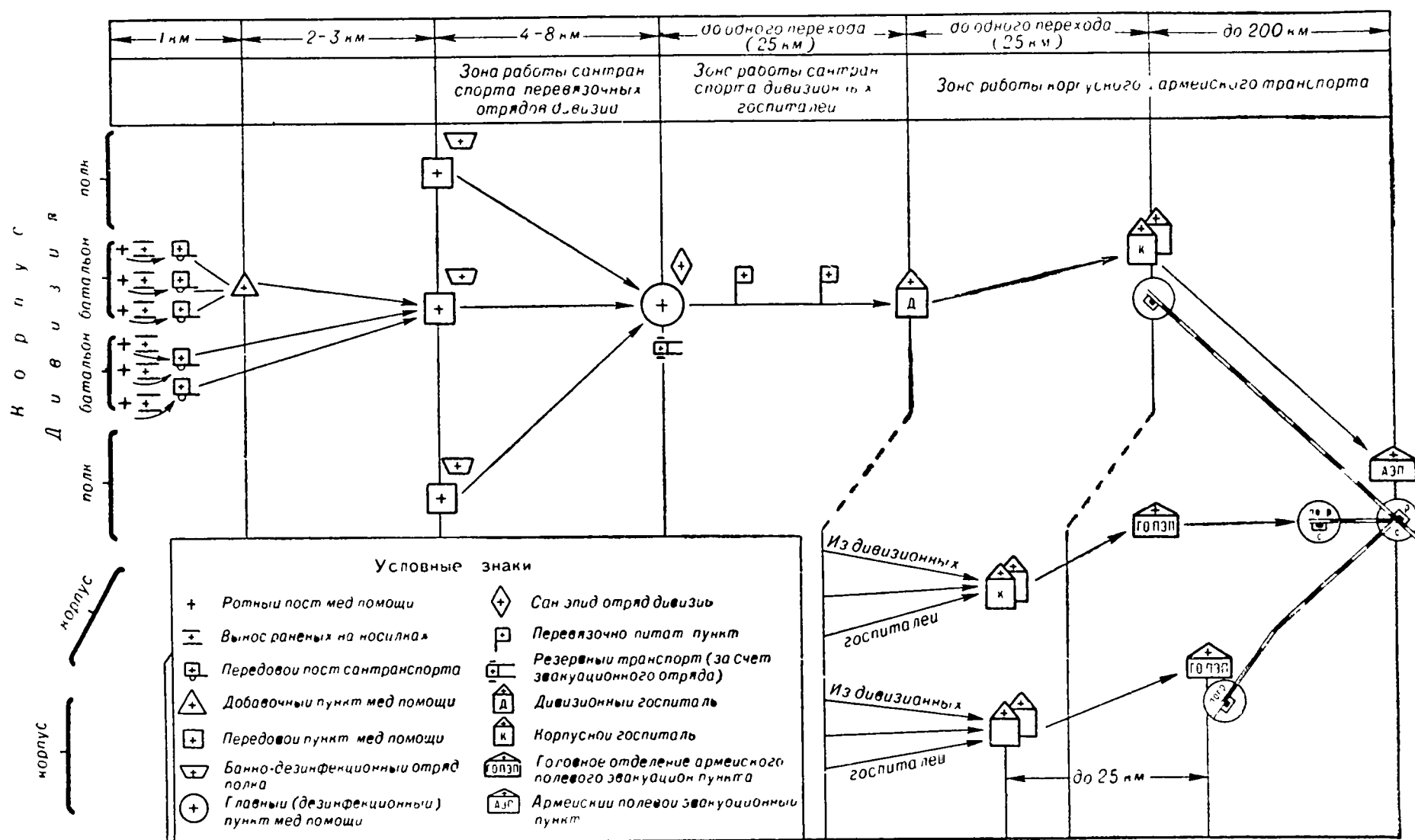


Схема лечебно-эвакуационного обеспечения войск Красной Армии, согласно «Руководству по санитарной эвакуации в РККА». 1929 г.

«Руководство» вводило, по меткому выражению Б. К. Леонардова, «дренажный» тип эвакуации. При этом расстояние между этапами определялось прежде всего возможностями конносанитарного транспорта. Указанной особенностью характеризовалась, как известно, лечебно-эвакуационная система в русской армии и в период первой мировой войны.

Полевая организация военно-медицинской службы, согласно «Руководству по санитарной эвакуации» (1929), представлялась в следующем виде. В роте было предусмотрено санитарное отделение. Оно состояло из 7 человек: 1 санитарного инструктора и 6 санитаров. Для переноски раненых в помощь ротным санитарным отделениям предусматривалось выделение красноармейцев музыкантского взвода. В полку силами и средствами санитарной части разворачивался передовой пункт медицинской помощи (ППМ).

В дивизии были положены по штату: перевязочный, эвакуационный, эпидемический, банно-прачечно-дезинфекционный отряды и дивизионный госпиталь.

Перевязочный отряд предназначался для развертывания главного (дивизионного) пункта медицинской помощи (ГПМ) со стационаром на 60 коек. Основная задача этого этапа медицинской эвакуации состояла в оказании неотложной хирургической помощи раненым. Дивизионный госпиталь располагался между главным пунктом медицинской помощи и корпусным госпиталем не далее, чем в одном переходе от главного пункта. Его функции заключались в оказании квалифицированной хирургической помощи раненым и их подготовке к дальнейшей эвакуации. В госпитале оставлялись лишь раненые и больные, не нуждавшиеся в длительном лечении. Эвакуационный отряд включал санитарный транспорт для эвакуации раненых и больных из полков, команду санитаров для усиления частей санитараминосильщиками и перевязочно-питательные пункты, предназначенные для обслуживания раненых и больных на путях эвакуации.

В корпусе были положены два полевых подвижных госпиталя на 200 коек каждый. Они выполняли те же функции, что и дивизионный госпиталь и располагались на путях эвакуации не далее одного перехода от дивизионных госпиталей, по возможности в районе ближайшей станции снабжения.

Военно-медицинская служба армии развертывала полевой эвакуационный пункт (ПЭП). Он, как правило, размещался при распределительной станции и выдвигал по направлению к действующим войскам головные отделения (ГОПЭП), которые имели в своем составе эвакуационный приемник и 2—3 полевых подвижных госпиталя, располагавшихся или в районе станции снабжения (чаще всего), или на грунте. Во фронтовом тылу в районе узловой железнодорожной станции размещался фронтовой эвакуационный пункт (ФЭП). В его составе предусматривалось развертывание специализированных госпиталей и отделений (при госпиталях общего профиля).

Согласно существовавшим в то время штатным нормативам, емкость коечной сети полевого эвакуационного пункта составляла всего лишь 1200 коек, а фронтового эвакуационного пункта — 4000—5000 коек. Столь незначительная емкость коечной сети резко ограничивала возможность госпитализации раненых и больных в лечебных учреждениях армии и фронта.

Во внутреннем районе страны для лечения и эвакуации пораженных в бою и больных предназначались распределительные и местные эвакуационные пункты.

1929 г. ознаменовался для военно-медицинской службы еще одним важным событием. Она приняла участие во всеармейских летних маневрах (так называемых Бобруйских). На этих маневрах удалось впервые после окончания гражданской войны проверить систему медицинского обеспечения войск на фоне конкретной оперативно-тактической обстановки. Опыт Бобруйских маневров со всей очевидностью показал, что сложившаяся в Красной Армии полевая военно-медицинская организация страдала многими существенными недостатками. Она была громоздкой, имела малоподвижные части и учреждения, являлась трудно управляемой, располагала недостаточными госпитальными средствами. Все это не согласовывалось с требованиями бесперебойного и четкого медицинского обеспечения

войск в условиях маневренных боевых действий и больших санитарных потерь.

Некоторые из отрицательных качеств полевой военно-медицинской организации в известной мере выявились и во время военного конфликта на Китайско-восточной железной дороге (17/II—22/II 1929 г.), который был спровоцирован китайскими милитаристами на участках советско-маньчжурской границы. Бои во время этого конфликта носили ограниченный характер. С советской стороны операция проводилась на Маньчжурско-Чжалайнорском направлении стрелковым корпусом усиленного состава, на Мишань-Фуйском направлении — стрелковой дивизией и кавалерийской бригадой¹. За все время конфликта наши потери ранеными составляли на первом из упомянутых направлений — 676 чел., на втором — 63 чел.

Военно-медицинская служба Красной Армии не смогла в полной мере использовать эти события для проверки своей полевой организации, так как принимавшие участие в боях советские части и соединения были почти все (за исключением только одной дивизии) сформированы по штатам мирного времени. Советские войска действовали, как отмечалось в представленном в Военно-санитарное управление (ВСУ) начальником санитарного отдела Особой Краснознаменной Дальневосточной армии (ОКДВА) отчете «...со значительным некомплектом медперсонала... и при полном отсутствии полевых лечебно-эвакуационных средств, положенных для нормального обслуживания операции данного масштаба»².

Но даже в указанных условиях военно-медицинская служба Красной Армии смогла вскрыть отдельные отрицательные стороны в регламентированной «Руководством по санитарной эвакуации в РККА» лечебно-эвакуационной системе, а также в подготовке медицинского состава к работе в боевой обстановке. Так, в упомянутом выше отчете указывалось, что во время событий на КВЖД в эвакуационном деле применялся принцип, на основе которого построена обычная скорая медицинская помощь в городах. В соответствии с этим принципом всех раненых стремились немедленно вывезти из войскового района. В результате этого в тыл эвакуировались все категории раненых, в том числе и легкораненые. Нередко были случаи, когда последние выздоравливали в пути следования и прибывали к месту назначения (Чита, Иркутск, Хабаровск), совершенно не нуждаясь в госпитализации³.

Отмеченные в упомянутом отчете недостатки медицинского обеспечения войск обуславливались не только несовершенством полевой организации военно-медицинской службы, но и незнанием медицинским составом действовавшей группировки войск сущности принятой в Красной Армии системы этапного лечения. Военно-медицинские работники в своей практической деятельности порою больше руководствовались опытом первой мировой и гражданской войн, участниками которых они, как правило, являлись, чем обращались

¹ ЦГАСА, ф. 34, оп. 2, д. 198, лл. 45—46, 97—98.

² ЦГАСА, ф. 34, оп. 2, д. 198, л. 45.

³ ЦГАСА, ф. 34, оп. 2, 198, л. 65, 60.

к новым идеям в области организации медицинского обеспечения войск, получившим отражение в «Руководстве по санитарной эвакуации в РККА». Очень характерным в этом отношении являлось использование санитарных «летучек» и военно-санитарных поездов в качестве своеобразных этапов медицинской эвакуации. Такая мера довольно часто применялась в период гражданской войны, о чем говорилось в предыдущей главе. К этой практике медицинская служба прибегала в ряде случаев и во время событий на Китайско-восточной железной дороге. Так, в 21-й стрелковой дивизии, действовавшей на Маньчжурско-Чжаланьинском направлении, очередным этапом медицинской эвакуации после передовых пунктов медицинской помощи была военно-санитарная «летучка», состоявшая из одного классного вагона и двух теплушек¹ и игравшая роль главного пункта медицинской помощи.

В конце 1929 г. и начале 1930 г. начальник Военно-санитарного управления в своих докладных записках Реввоенсовету Республики и в других документах признавал, что полевая военно-медицинская организация Красной Армии не способна обеспечить бесперебойную эвакуацию и лечение раненых и больных даже при минимально допустимых при теоретических расчетах потерях и что она лишена гибкости, так как не предусматривала «...образование маневренного кулака на ударном направлении и ...оперативного резерва в руках старшего санитарного начальника»².

Основными причинами, обусловившими это положение, следует считать все еще дававший о себе знать недостаток медицинских кадров в стране, а также весьма слабую оснащенность полевой военно-медицинской службы техническими средствами. По сути дела, несмотря на непрерывный рост обеспеченности Красной Армии боевой техникой, ее военно-медицинская служба на протяжении довольно длительного времени располагала теми же техническими средствами, которые имела русская армия накануне и в период первой мировой войны 1914—1918 гг. Особенно наглядно это отставание видно на примере эвакуационных средств. Долгое время основным видом санитарного транспорта продолжала оставаться санитарная двуколка и санитарная повозка на конной тяге. Автомобильный санитарный транспорт по штату предусматривался только в составе армии, где полагалось иметь 3 военно-санитарных автомобильных отряда по 8 санитарных автомобилей в каждом³. К тому же даже это весьма мизерное количество машин в течение ряда лет фактически (в мобзапасе) не было укомплектовано из-за крайне малого производства автомобилей в нашей стране.

«Практический опыт Бобруйских и других маневров... — отмечалось в подготовленных Военно-санитарным управлением в конце 1929 г. материалах для доклада в РВС СССР, — показал огромные успехи технического и тактического развития Красной Армии и

¹ ЦГАСА, ф. 34, оп. 2, д. 198, л. 51.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 44823, д. 2, л. 107.

³ ЦГАСА, ф. 34, оп. 2, д. 187, л. 65.

одновременно ярко подчеркнул техническую отсталость военно-санитарной службы по сравнению с уровнем, достигнутым войсками...»¹.

А между тем в конце 20-х годов чрезвычайно усилилась опасность новой войны против СССР со стороны империалистических государств, в связи с чем боевая подготовка личного состава Красной Армии, боеготовность всех родов ее войск и служб приобрела особо важное значение. С целью создания для военно-медицинской службы наиболее благоприятных в этом отношении условий Советское правительство в августе 1929 г. приняло решение о передаче ВСУ из Наркомздрава в Наркомат по военным и морским делам².

Было также очевидно, что для устранения имевшихся в полевой военно-медицинской службе отрицательных качеств необходимо прежде всего резкое повышение уровня ее технической оснащенности. Но Военно-санитарное управление вместе с тем не без основания считало, что для полного достижения указанной цели настоятельно требовалось проведение существенной перестройки полевой военно-медицинской организации и системы медицинского обеспечения войск в наиболее ответственном ее звене — войсковом. Вот что говорилось по этому поводу в одной из докладных записок ВСУ в РВС СССР в начале 1930 г.: «Но для того, чтобы моторизованная санитарная служба дала в районе грунтовой эвакуации должный эффект, для того, чтобы избежать ошибок прежней организации, она должна приобрести оперативную самостоятельность и быть перестроена с выделением санитарных средств в армии в специальные санитарные войска»³. Так возникла идея создания в Красной Армии отдельных санитарных батальонов в стрелковом полку и санитарных полков в стрелковой дивизии. В стрелковом корпусе предлагалось иметь санитарную дивизию, состоящую из 4 санитарных полков, а в армии — санитарный корпус.

Выдвинутый Военно-санитарным управлением план перестройки полевой военно-медицинской службы был в сентябре 1931 г. одобрен РВС СССР⁴. Было решено сформировать к 1 мая 1932 г. в 2 стрелковых дивизиях опытные санитарные полки и батальоны с последующей их проверкой на осенних маневрах. К осени 1932 г. опытные санитарные полки и батальоны были готовы к участию в маневрах. Но как видно из архивных документов, эти маневры не состоялись ввиду встретившихся серьезных трудностей в обеспечении новых формирований автомобильным транспортом⁵. Санитарные полки и батальоны вскоре были расформированы.

* * *

В конце 1933 г. «Руководство по санитарной эвакуации» было заменено «Уставом военно-санитарной службы РККА», разработка которого явилась значительным этапом в дальнейшем развитии твор-

¹ ЦГАСА, д. 34, оп. 2, д. 179, л. 4.

² Собрание законов и распоряжений Рабоче-крестьянского правительства СССР, 1929, № 51, стр. 267.

³ ЦГАСА, ф. 34, оп. 2, д. 187, л. 149.

⁴ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44823, д. 2, лл. 61—62.

⁵ Архив ВММ, ф. 1, оп. 13723, д. 3, лл. 33—34, 70.

ческой мысли в области организационных проблем медицинского обеспечения Красной Армии. Хотя устав не охватывал их в полном объеме, касаясь только войскового района, но он содержал гораздо более обширные материалы по специальным родам войск (в том числе и мотомеханизированным).

Как видно из схемы лечебно-эвакуационного обеспечения войск Красной Армии по «Уставу военно-санитарной службы» построение полевой военно-медицинской организации изменилось мало. Исключением явилось ее корпусное звено. Имевшиеся здесь госпитали

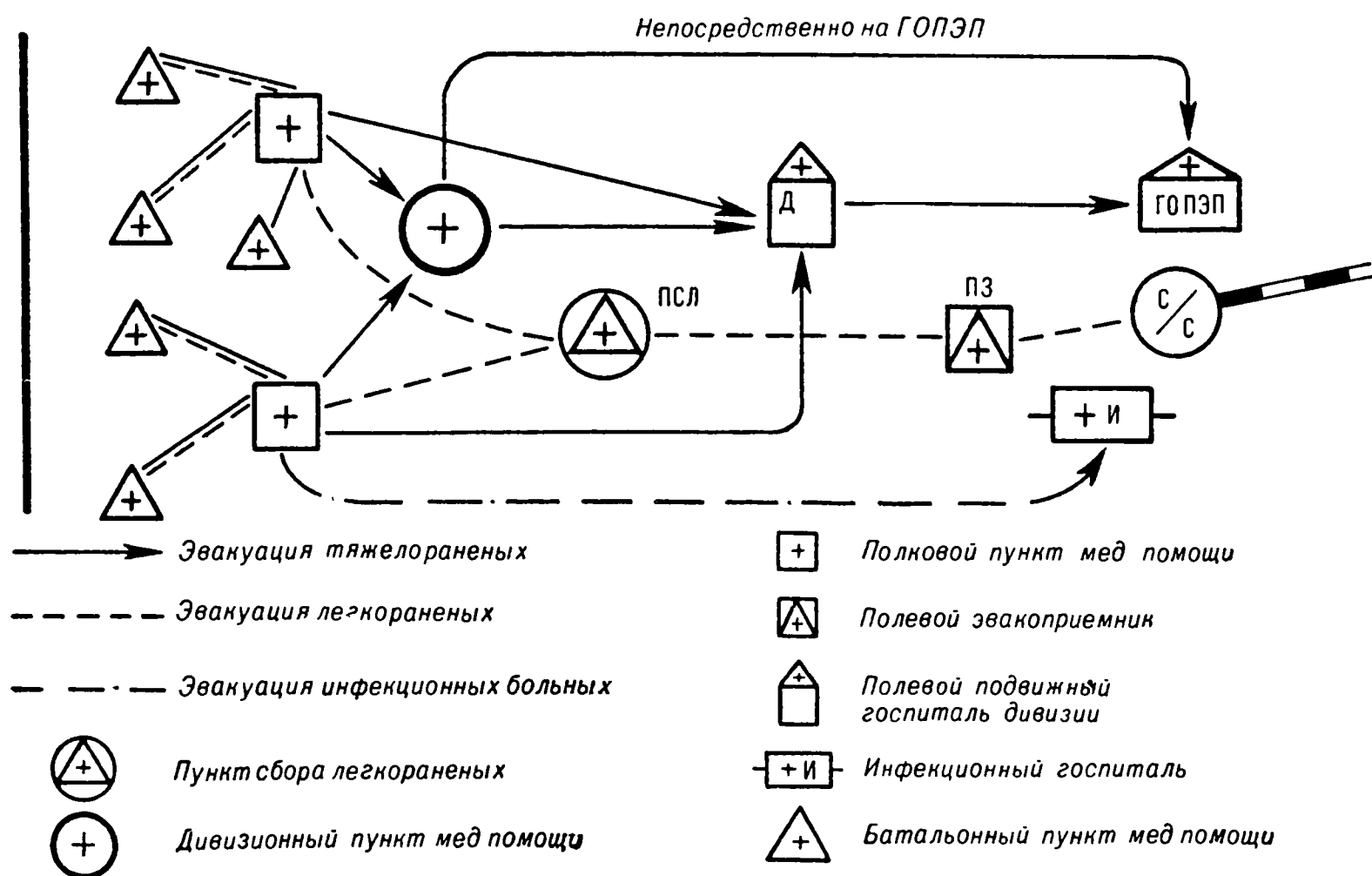


Схема лечебно-эвакуационного обеспечения войск Красной Армии по «Уставу военно-санитарной службы». 1933 г.

были упразднены. Согласно ранее введенному штату медицинская служба корпуса стала теперь иметь автосанитарный взвод¹.

Однако «Устав» существенно отличался от «Руководства» тем, что в нем принцип этапного лечения дополнялся весьма важным требованием — эвакуацией по медицинским показаниям, т. е. по «назначению». Провозглашение этапного лечения с эвакуацией по назначению в качестве одного из отправных положений лечебно-эвакуационного обеспечения войск явилось весьма важным событием в истории военно-медицинской службы Красной Армии. Оно знаменовало собой начало качественно нового этапа в развитии организационных форм советской военной медицины. Если переход к этому был подготовлен всем предшествующим опытом медицинского обеспечения, и в первую очередь в период первой мировой и гражданской войн, то реальность осуществления такого перехода опиралась на уже начавшийся процесс оснащения военно-медицинской службы Красной Армии автомобильными транспортными средствами.

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 35484, д. 7, л. 196.

Большой вклад в разработку принципа этапного лечения с эвакуацией по назначению внес Б. К. Леонардов, хотя ему и не принадлежит эта идея как таковая. Она впервые была высказана В. А. Оппелем в его известной работе, излагавшей учение об этапном лечении раненых и больных, вышедшей в 1917 г.¹ Но Б. К. Леонардов развил предложенный В. А. Оппелем принцип этапного лечения, обосновал его и четко сформулировал, определив конкретное содержание и



Б. К. Леонардов (крайний слева) проводит занятия по санитарной тактике на макете местности. 1935 г.

пути осуществления на практике. В частности он отмечал, что, поскольку на смену санитарной двуколке приходят санитарная машина и санитарный самолет, то нет никакого смысла, как это принято делать в соответствии с учением об этапном лечении, «...протаскивать всех раненых через все этапы войсковой санитарной эвакуации..., если за тот же самый период времени можно доставить раненого в такое место, где он получит медицинскую помощь, наиболее полно отвечающую его состоянию»².

Еще более определенно это положение было регламентировано в «Уставе военно-санитарной службы», согласно которому «...транспортировка больных и пораженных в бою не должна производиться в механической последовательности с этапа на этап; постоянной забо-

¹ В. А. Оппель. Организационные вопросы передового хирургического пояса действующей армии. Пг., 1917.

² Б. К. Леонардов. В кн.: Краткий учебник военно-полевой хирургии. Под ред. С. Гирголава, Г. Турнера и С. Федорова. Л., 1932, стр. 16.

той санитарного начальника должна являться скорейшая доставка больного и пораженного в бою на тот этап эвакуации, где эвакуируемому может быть оказана квалифицированная медицинская помощь, которая определяется характером болезни или поражения»¹.

Для легкораненых и больных «Уставом» предусматривалось развертывание в районах дивизионных и корпусных обменных пунктов соответственно пунктов сбора легкопораженных и больных (ПСЛ) и полевых эвакоприемников (ПЭ). ПСЛ и ПЭ являлись новыми подразделениями полевой военно-медицинской службы. Они не были штатными ее средствами, а организовывались за счет дивизионного госпиталя² в составе одного врача и нескольких человек среднего и младшего медицинского состава. В задачу этих подразделений входило размещение и питание раненых и больных до их эвакуации в тыл и оказание им в случае надобности медицинской помощи.

В годы развернутого социалистического строительства нашей Родины происходил значительный прогресс во всех областях научно-медицинских знаний. Успешно развивалась в этот период и военно-медицинская наука, в том числе и такая ее важная отрасль, как военно-полевая хирургия, в разработке которой приняли активное участие многие крупные ученые нашей страны. Военно-полевые хирурги нашей страны, исходя из практики военных лет, придерживались единой и общепризнанной точки зрения о том, что каждая огнестрельная рана является инфицированной и что почти все они нуждаются в первичной хирургической обработке в максимально короткий после ранения срок (до 6—8 часов) с целью предупреждения развития инфекции.

Большой вклад был внесен в разработку организационных вопросов хирургической помощи на войне и прежде всего в определение показаний и объема оперативных вмешательств на этапах медицинской эвакуации (П. А. Куприянов, Н. Н. Еланский, С. А. Новотельнов, И. А. Клюсс, С. И. Банайтис). Эти вопросы занимали одно из первых мест в программах первой конференции по военно-полевой хирургии (1934) и 23-го Всесоюзного съезда хирургов в 1936 г. Плодотворно велись исследования по изысканию средств и способов борьбы с травматическим шоком и коллапсом (Н. Н. Бурденко, С. И. Банайтис, В. И. Попов, И. Р. Петров, Л. С. Штерн, Э. А. Асратян и др.). Полученные в итоге этих исследований данные послужили в последующем основой для разработки комплекса эффективных терапевтических мероприятий при шоке и кровопотерях.

Многое было сделано по дальнейшему развитию научных и практических знаний в области переливания крови. Исследовательская деятельность в этой области началась еще в первые годы строительства Советского государства и уже тогда принесла свои плоды, завершившись определением изогемоагглютационных свойств крови (В. Н. Шамо́в, Н. Н. Еланский). В 30-е годы ценные результаты были достигнуты в решении очень важных для полевой военно-медицинской практики задач по консервированию крови и ее хранению

¹ Устав военно-санитарной службы РККА. 1933, стр. 7.

² С. Семёк а. Пункт сбора легкораненых. ЭСВМ, т. IV, стлб. 994.

(И. С. Колесников, С. И. Спасокукоцкий, В. Р. Брайцев). Одновременно проводилось изучение реакции организма на перелитую консервированную кровь (И. Р. Петров, В. А. Веселкин). Наряду с этим советские ученые целеустремленно и успешно разрабатывали показания к переливанию крови в условиях боевой обстановки, а также технику и организационную сторону этого дела (Н. Н. Еланский, В. Н. Шамов, Д. Гудим-Левкович, Л. А. Баринштейн, Я. Н. Кричевский и др.). Достигнутые здесь успехи получили высокую оценку на Международном съезде по переливанию крови (1935). Проведение со все более возрастающими интенсивностью и объемом научных исследований по гемотрансфузии сопровождалось расширением сети станций и институтов переливания крови, а также увеличением численности донорских кадров. Первый в нашей стране институт переливания крови был создан в Москве еще в 1926 г. (это было тогда единственное в мире учреждение такого рода). В 30-е годы в СССР было развернуто уже 15 институтов и станций переливания крови.

Один за другим открывались новые медицинские научно-исследовательские учреждения (институты) — по нейрохирургии, лорзаболеваниям, глазным болезням и др. В институтах широким фронтом велось плодотворное изучение проблем, значительная часть которых имела прямое отношение к организации специализированной медицинской помощи в условиях войны.

Моторизация Красной Армии, оснащение ее новой боевой техникой, происшедшие в связи с этим изменения в тактике и оперативном искусстве наряду с успехами в развитии медицинской и военно-медицинской науки, определили пути дальнейшего совершенствования полевой организации военно-медицинской службы. Такое совершенствование должно было идти в направлении обеспечения условий, которые позволили бы широко маневрировать полевыми медицинскими учреждениями, гибко и оперативно управлять ими, иметь необходимый резерв, максимально приближать медицинскую (и в первую очередь хирургическую) помощь к войскам, оказывая специальные виды этой помощи. Решение большинства этих задач во многом зависело от наличия в распоряжении военно-медицинской службы быстроходных транспортных средств — автомобильных и авиационных.

В связи с началом выпуска в 1930 г. автомобилей отечественного производства перспектива увеличения автосанитарного парка Красной Армии становилась все более благоприятной. Это обстоятельство служило стимулом для научной разработки проблемы использования автосанитарных средств в интересах приближения хирургической помощи к войскам. Так, рядом авторов за короткий срок были внесены предложения о создании мобильных хирургических формирований типа «автошира», «автобуланса», моторизованной перевязочной. В 1932 г. появились первые отечественные образцы новой полевой санитарной техники на автотяге — обмывочно-дезинфекционная установка и автолаборатория¹.

Но тем не менее в начале 30-х годов военно-медицинская служба продолжала серьезно отставать в техническом отношении от войск.

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44821, д. 2, стр. 127.

«До сих пор убогая сандвуколка, — признавало ВСУ в своем докладе РВСР в октябре 1932 г., — является основным транспортом». До 1935 г. массового выпуска санитарных машин в стране не производилось. По состоянию на 1 мая 1935 г. обеспеченность Красной Армии автосанитарным транспортом составляла всего лишь 6,6 % от ее потребности¹.

Начало серьезному улучшению в деле технической реконструкции военно-медицинской службы было положено во второй половине 1935 г., когда авторитетная комиссия, образованная из представителей Народных комиссариатов обороны и здравоохранения, установила единый тип санитарного автомобиля для военного ведомства и органов гражданского здравоохранения. В 1936 г. для нужд Красной Армии было заказано 600 таких машин, что значительно превышало общее количество наличного автосанитарного транспорта, имевшегося в армии по состоянию на 1 мая 1935 г.² В 1935 г. советская промышленность освоила производство санитарно-бактериологических лабораторий на автотяге, а также авторентгеновских установок и приступила к плановому снабжению ими медицинской службы. В 1938 г. автосанитарный транспорт (в количестве 3 автомобилей)³ был введен в штат медицинской службы стрелкового полка. В 1936 г. в состав медицинской службы армии были включены новые формирования — отдельные автомобильные санитарные роты и авиасанитарные отряды. В этом же году были созданы моторизованные полевые подвижные госпитали.

Таким образом, в середине 30-х годов было сделано очень многое для того, чтобы резко повысить уровень технической оснащеннойности полевой военно-медицинской службы. Ее штатные возможности в отношении технических средств стали настолько широки, что могли обеспечить успешное решение основных задач медицинского обеспечения в сложных условиях маневренной войны. Однако следует отметить, что эти возможности зачастую реализовывались не полностью. Это положение объяснялось тем, что Советское государство еще не располагало тогда достаточно мощной материально-технической базой, чтобы в полной мере удовлетворить штатные потребности военно-медицинской службы в полевых технических средствах. К концу 1938 г. потребности медицинской службы в автотранспорте были удовлетворены лишь на 10 %⁴. Но тем не менее во второй половине 30-х годов уровень ее технической оснащенности непрерывно возрастал.

Все отмеченные выше обстоятельства обусловили ряд существенных изменений в полевой военно-медицинской организации Красной Армии. В начале 1938 г. был создан в стрелковом батальоне штатный санитарный взвод во главе с врачом⁵, предназначавшийся для развертывания БПМ. Это было сделано с той целью, чтобы первая врачебная помощь раненым могла оказываться в непосредственной близости от линии фронта. Эта идея была подсказана опытом войны

¹ Архив ВММ, ф. 1. оп. 44831, д. 2, стр. 117.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 44831, д. 2, стр. 115, 117.

³ Архив ВММ, ф. 1, оп. 354, д. 71, стр. 193.

⁴ Архив ВММ, ф. 1, оп. 62976, д. 1, л. 54.

⁵ Архив ВММ, ф. 1, оп. 35484, д. 71, л. 193.

в Испании, когда в интернациональных бригадах республиканских войск батальонный врач «...наряду с хирургом являлся, — по утверждению О. Т. Лопеса, — одной из центральных фигур санитарной службы армии»¹.

Чрезвычайно важной мерой, намного упростившей управление военно-медицинской службой войскового соединения и повысившей ее маневренность, явилась организация в 1935 г. медико-санитарного батальона дивизии. Это было весьма мощное полевое лечебное учреждение, объединившее в себе имевшиеся ранее в дивизии перевязочный, эвакуационный и эпидемический отряды. Кстати сказать, идея о создании такого рода учреждения высказывалась еще в 1924 г.² Пропускная способность дивизионного пункта медицинской помощи, развертываемого медико-санитарной (в последующем — медицинской) ротой МСБ, составляла 125—135 раненых за 12 часов работы, что значительно превышало возможности этого этапа, развертываемого ранее перевязочным отрядом дивизии.

Совершенствование полевой военно-медицинской организации Красной Армии происходило не только в ее войсковом, но и в армейском, а также фронтовом звеньях. В 30-е годы, а главным образом во вторую их половину, в состав военно-медицинской службы армейского объединения был включен ряд новых сил и средств: автохирургические отряды (АХО), группы усиления, авиасанитарный отряд, управление госпитальной базы (УГБ), а также уже отмеченные выше автосанитарные роты.

Автохирургические отряды были введены в штат армейского звена полевой военно-медицинской службы в 1935 г. и являлись весьма мощным подвижным хирургическим резервом, состоявшим из высококвалифицированных кадров. Они находились в распоряжении начальника медицинской службы армии из расчета по одному отряду на корпус и были, по образному выражению И. А. Ключсса³, как бы «пожарной командой», направляемой в срочном порядке на тот или иной этап медицинской эвакуации, когда там ощущался острый недостаток в хирургических силах и средствах в связи с большим объемом работы, намного превышавшим штатные возможности этих этапов. Автохирургические отряды, также как и созданные в это же время сортировочные, хирургические и токсикологические группы усиления, могли работать и в войсковом, и в армейском тылу. Чаще всего они предназначались для усиления дивизионных пунктов медицинской помощи, дивизионных госпиталей и лечебных учреждений головных отделений полевых эвакуационных пунктов.

В 1938 г. для руководства входящими в состав госпитальной базы армии силами и средствами было создано управление госпитальной

¹ О. Т. Л о п е с. Некоторые данные о работе интернациональной санитарной службы в Испанской республиканской армии. «Военно-санитарное дело», 1938, № 12, стр. 15.

² А. К о л о д и з н е р. К вопросу об организации санитарного дела. «Военная мысль и революция», 1924, кн. 6.

³ Архив ВММ, ф. 1, оп. 13732, д. 14, л. 19.

базы (УГБ), которое, как и УГОПЭП, подчинялось управлению полевого эвакуационного пункта армии.

Таким образом, в результате проведенной во второй половине 30-х годов реорганизации полевая военно-медицинская служба Красной Армии стала более приспособленной для действий в условиях маневренной войны. Однако, как свидетельствовал опыт участия военно-медицинской службы на маневрах и учениях, а также результаты соответствующих научных исследований, эта организация имела еще серьезные недостатки. Основными из них являлись: отсутствие госпитального подразделения в штате МСБ, малоподвижность медицинских частей и учреждений, малочисленность госпитальных коек в армейском тыловом районе, нерешенность проблемы оказания квалифицированной медицинской помощи легко раненым и специализированной медицинской помощи всем категориям раненых, нуждающихся в ней.

Слабые стороны полевой военно-медицинской организации и системы медицинского обеспечения войск Красной Армии в целом особенно ярко проявились во время работы военно-медицинской службы в период боевых столкновений в районе озера Хасан и на реке Халхин-Гол, а главным образом, в советско-финляндскую войну. Опыт этой работы заслуживает особого внимания благодаря огромной его практической ценности для дальнейшего совершенствования сложившейся в Красной Армии системы медицинского обеспечения войск.

Но в интересах наиболее полного представления о всем ходе развития советской военной медицины в годы мирного социалистического строительства необходимо прежде рассмотреть вопросы, связанные с подготовкой в нашей стране в этот период военно-медицинских кадров.

* * *

В годы мирного социалистического строительства решающая роль в подготовке военных врачей принадлежала Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова. Среди ряда новых сложных задач, вставших перед советской военной медициной после окончания иностранной военной интервенции и гражданской войны, одной из главных являлась коренная перестройка академии в духе требований советского государственного и военного строительства.

Первым крупным шагом на этом пути явилось введение в 1925 г. нового положения об академии. Произведенные в соответствии с его требованиями коренные преобразования во внутренней структуре и во многих сторонах внутренней жизни академии придали ей черты, свойственные всем советским высшим военно-учебным заведениям того времени. Положение, в частности, предусматривало обязательное направление слушателей, перешедших на второй курс, на два месяца в войска для прохождения строевой службы и практического ознакомления с Красной Армией.

Конкретные меры по обеспечению необходимой военной и военно-медицинской направленности в учебной деятельности академии начали предприниматься уже в первые годы мирного строительства.

В 1922 г. в ней был создан самостоятельный курс военной гигиены. Его возглавил специалист в области военно-гигиенической науки профессор Н. А. Иванов. Важной датой в истории высшего военно-медицинского образования в нашей стране явился февраль 1923 г., когда в академии было организовано еще два самостоятельных курса: военно-санитарной администрации с санитарной тактикой и устройства вооруженных сил. Руководителем первого из них стал П. И. Тимофеевский, большой знаток военно-медицинского дела, по праву считающийся «дедушкой» санитарной тактики в нашей стране.



На полевых занятиях. П. И. Тимофеевский (в центре, с плащом) знакомит военных врачей с оперативно-тактической обстановкой. 1935 г.

В последующий период учебный план академии пополнился еще рядом военных и военно-медицинских предметов. Для изучения дисциплин военного и военно-медицинского цикла выделялось все больше учебного времени и они таким образом приобретали все более значительный удельный вес в системе подготовки слушателей. Так, например, если в 1924/25 учебном году все дисциплины военного и военно-медицинского цикла занимали всего 2,8% учебного времени, то в 1940/41 учебном году их удельный вес в учебном плане достиг 16,4%.

Непосредственным толчком к таким переменам в учебном академическом плане в пользу военных и военно-медицинских предметов явились выявленные во время больших всеармейских Бобруйских маневров в 1929 г. существенные пробелы в военной и военно-медицинской подготовке кадрового врачебного состава армии. Это, есте-

ственно, в первую очередь свидетельствовало о наличии серьезных недостатков в организации и содержании учебно-педагогического процесса в академии, что было вскоре установлено проверявшими ее в 1930 и 1931 гг. специально созданными центром авторитетными комиссиями.

Настоятельная необходимость повышения уровня подготовки будущего военного врача по военным и военно-медицинским дисциплинам диктовалась осуществлявшимися тогда процессами технического перевооружения Красной Армии, ее механизации и моторизации и усложнением вследствие этого всех сторон жизни и быта войск, и прежде всего, условий их боевой подготовки.

В связи с этим предпринимались серьезные шаги по улучшению постановки в академии всей системы обучения слушателей в военном и военно-медицинском отношениях. Это находило выражение в создании нескольких новых кафедр военно-медицинского профиля: военных и военно-санитарных дисциплин в 1930 г., военно-полевой хирургии в 1931 г., военной гигиены в 1936 г. и др. Были введены в учебную практику войсковая стажировка слушателей, полевые занятия и систематическая лагерная подготовка.

В конце 20-х и начале 30-х годов в перестройке учебного процесса в Военно-медицинской академии, а также в усовершенствовании войсковых врачей встретились серьезные затруднения в связи с отсутствием учебной литературы военно-медицинского профиля применительно к новым учебным программам.

Командование, партийная организация и профессорско-преподавательский состав мобилизовали внимание всего творческого коллектива академии на создание новой учебной литературы и переработку отдельных изданий, вышедших в первое десятилетие Советской власти.

Благоприятные условия для написания учебно-медицинской литературы военного профиля, с учетом особенностей войсковой службы, были созданы выходом из печати ряда официальных руководств по военной медицине, изданных Санитарным управлением РККА.

Немаловажное значение для военно-медицинского образования слушателей имело включение в программу почти всех клинических дисциплин вопросов, отражающих особенности возникновения, течения и профилактики заболеваний, наиболее часто встречающихся у личного состава войск.

Участие профессорско-преподавательского состава академии в войсковых маневрах, изучение условий труда военнослужащих и выезды в войсковые части для проведения занятий с врачами, а также консультационной работы, способствовали лучшему пониманию жизни войск, что благоприятно отражалось на преподавательской работе и на содержании учебной литературы.

В годы мирного социалистического строительства в академии продолжал трудиться высококвалифицированный коллектив профессоров и преподавателей, способствовавший сохранению за академией славы одного из лучших высших медицинских учебных заведений страны. Профессорами академии являлись многие выдающиеся ученые нашей Родины, широко известные далеко за ее пределами. До-

статочно упомянуть о таких ученых, как И. П. Павлов, Л. А. Орбели, Н. Н. Аничков, С. П. Федоров, В. М. Бехтерев, В. П. Осипов, В. И. Воячек, Е. Н. Павловский, Г. В. Хлопин, Г. И. Турнер, Н. Я. Чистович и многие другие. Развивая и совершенствуя традиционные курсы преподаваемых медицинских дисциплин, кафедры академии, отвечая на запросы военно-медицинской практики, стали все больше и шире отражать в своих курсах специфические вопросы военной медицины.



Профессор ВМА В. А. Оппель среди военных врачей, прикомандированных к академии для усовершенствования. Справа налево: С. И. Банайтис, М. Н. Ахутин, В. А. Оппель, М. С. Лисицин, Ревякин и И. А. Клюсс. 1929 г.

Постепенно стали выделяться более или менее четко оформленные военно-медицинские разделы ряда предметов учебного плана академии, такие как военная эпидемиология, физиология военного труда, военная невропатология, военная психиатрия, военная офтальмология, военная оториноларингология и некоторые другие.

Но решающую роль в формировании слушателей академии в качестве военно-медицинских специалистов играли кафедры военно-медицинского профиля, во главе которых стояли видные советские ученые, являвшиеся одновременно крупными специалистами в соответствующих областях военной медицины. В их числе следует упомянуть первого начальника кафедры военно-полевой хирургии В. А. Оппеля, В. А. Павленко и Н. Н. Еланского, которые последовательно возглавляли эту кафедру после смерти В. А. Оппеля, начальника кафедры военных и военно-санитарных дисциплин Б. К. Леонардова и профессора этой кафедры П. И. Тимофеевского, ученых-гигиен-

нистов В. А. Углова, В. А. Виноградова-Волжинского, Ф. Г. Кроткова; начальника кафедры военно-химического дела М. Н. Лубоцкого, начальника кафедры патологии и терапии ОВ Н. Н. Савицкого, начальника курса дезинфекции Я. Л. Окуневского.

С каждым годом в Вооруженные Силы СССР вливались все новые отряды молодых военных врачей. Однако это пополнение было не столь значительным. Академия ежегодно выпускала от 150 до 200 врачей. Лишь в отдельные годы количество выпускников достигало 250—300 чел.¹. Такое число выпускников было далеко недостаточным для удовлетворения потребности Вооруженных Сил во врачебных кадрах, тем более, что в связи с увеличением численности армии эта потребность непрерывно возрастала. Имевшийся вследствие этого некомплект военных врачей неблагоприятно отражался на медицинском обеспечении войск и вызывал необходимость принятия соответствующих мер.

В 1929 г. было принято решение о приеме на 3-й и 4-й курсы Военно-медицинской академии студентов соответствующих курсов гражданских высших учебных медицинских заведений². В том же году Народный комиссариат по военным и морским делам учредил на медицинских факультетах и в медицинских институтах 50 стипендий для студентов трех курсов³.

По окончании обучения эти студенты призывались в армию и в течение определенного срока обязаны были находиться на военной службе. В ноябре 1937 г. Совнарком принял постановление, согласно которому разрешалось оставлять в кадрах Красной Армии и Военно-Морского Флота медицинский состав, проходивший действительную военную службу⁴.

Однако несмотря на принятые меры Вооруженные Силы по-прежнему укомплектовывались врачебными кадрами в несколько меньшем количестве по сравнению с ростом своей численности. Вследствие этого медицинская служба Красной Армии и Военно-Морского Флота продолжала испытывать довольно ощутимый недостаток во врачах.

Усилившаяся в конце 30-х годов опасность новой войны против СССР со стороны империалистических государств вынуждала Советский Союз еще больше увеличивать в этот период численность своих Вооруженных Сил, в связи с чем потребности их во врачебных кадрах еще более возросли. Проявляя заботу об улучшении условий для медицинского обеспечения личного состава армии и флота, Советское правительство весной 1939 г. приняло решение об организации в стране еще пяти высших военных учебных заведений, призванных готовить кадровых военных врачей — Военно-морской медицинской академии в Ленинграде, Куйбышевской Военно-медицинской академии и военных факультетов при некоторых медицинских институтах.

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 13730, д. 1, л. 134.

² Приказ РВС СССР, 1929 г., № 131.

³ Приказ РВС СССР, 1929 г., № 273.

⁴ Архив ВММ, ф. 1, оп. 13730, д. 1, л. 103.

Куйбышевская Военно-медицинская академия была создана на базе медицинского института в составе всех пяти курсов и уже на следующий год после своего основания произвела первый выпуск, дав Красной Армии 296 молодых кадровых военных врачей¹.

Хотя принятые меры значительно улучшили обстановку с обеспечением Вооруженных Сил врачебными кадрами, но потребность в них была еще далека от полного удовлетворения. Даже непосредственно



Прием Наркомом Обороны СССР К. Е. Ворошиловым делегации Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. 1935 г.

перед началом Великой Отечественной войны некомплект врачей в Армии составлял 23%².

В 1935 г. Нарком Обороны К. Е. Ворошилов на приеме делегации Военно-медицинской академии сказал: «Нам нужен высококвалифицированный врач. Вместе с тем он должен обязательно обладать и качествами организатора, который в сложных условиях военной обстановки умел бы не только лечить, но и правильно организовать все сложное дело санитарного обслуживания войск...»³. Именно таких врачей и должны были готовить военно-медицинские академии и факультеты.

Коротко остановимся теперь на подготовке среднего звена военно-медицинских работников. В первые годы после окончания гражданской войны специальных военных учебных заведений, где бы гото-

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44836, д. 132, л. 233.

² ЭСВМ, т. 2, стр. 1080.

³ «Красная Звезда» от 28 июня 1935 г.

вилась эта категория военно-медицинского состава, в стране не было. Такое положение существовало до ноября 1925 г., когда при Военно-медицинской академии была учреждена школа старших лекарских помощников¹. В последующем она получила наименование сначала школы военных лекарских помощников, затем — Военно-медицинской школы РККА, а с 1936 г. — Ленинградского военно-медицинского училища. В декабре 1935 г. училище стало самостоятельным учебным заведением с подчинением ВСУ РККА. В начале 1934 г. при школе были организованы курсы по подготовке для Вооруженных Сил зубных врачей.

Недостаток среднего звена военно-медицинских работников вызвал необходимость организации в 1935 г. Харьковского, а в 1939 г. Киевского военно-медицинских училищ. В 1938 г. при Харьковском училище было открыто фармацевтическое отделение². Одновременно с этими учебными заведениями для подготовки фельдшерских кадров для флота в Кронштадте в 1938 г. также было открыто военно-медицинское училище.

Расширение в стране сети средних военно-медицинских учебных заведений позволяло с каждым годом лучше обеспечивать армию и флот фельдшерами, зубными врачами и фармацевтами. Однако потребность в них удовлетворялась неполностью. Так, к началу Великой Отечественной войны Красная Армия по штату мирного времени была укомплектована фельдшерами на 63,7%, фармацевтами на 58,9% и зубными врачами на 65%.

Подготовка санитарных инструкторов (до 1929 г. — младшие лекарские помощники) в течение ряда лет велась в госпиталях (как правило, окружных). Специальные учебные заведения для этой цели в Красной Армии и на Флоте появились только в 1931 г.³. Это были окружные и флотские школы санитарных инструкторов. Они имелись в каждом округе и флоте и до 1936 г. состояли при окружных госпиталях, а затем стали подчиняться непосредственно военно-санитарным отделам округов.

Сразу же после окончания иностранной военной интервенции и гражданской войны были приняты меры по повышению квалификации военно-врачебных кадров. В первое время эти меры ограничивались прикомандированием войсковых врачей «...к солидно оборудованным и хорошо поставленным военно-лечебным заведениям» и организацией специальных шестимесячных курсов для врачей выпуска 1919 и 1920 гг. Через них в 1921 г. прошло в общей сложности 850 чел.

В 1922 г. при Военно-медицинской академии были созданы двухгодичные курсы усовершенствования. На них направлялись военные врачи, имевшие трехгодичный стаж службы. Цель прикомандирования состояла в подготовке высококвалифицированных военно-медицинских специалистов, способных занимать ответственные должности на различных участках медицинской службы Красной Армии как в мирной обстановке, так и в условиях военного времени. Ежегодно прикомандировывалось к академии до 65—75 врачей. Курсы состояли из

¹ Архив ВММ, ф. 7266, оп. 44112, д. 1, лл. 1, 23.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 44833, д. 1, л. 169.

³ Архив ВММ, ф. 1, оп. 13734, д. 6, л. 19.

трех групп: 1) санитарной, 2) хирургической с подгруппами общехирургической, оториноларингологической, глазной и 3) терапевтической с подгруппами общетерапевтической, нервно-психиатрической и кожно-венерической. Помимо долгосрочного прикомандирования к академии, практиковалось направление военных врачей и на ряд краткосрочных курсов, например, по авиационной медицине, военной психофизиологии и др. Войсковые врачи могли повышать свою врачебную квалификацию также путем прикомандирования к окружным или гарнизонным военным госпиталям.



Группа военных врачей на полевых занятиях у развернутой палатки. 1935 г.

Важное место в системе переподготовки военно-врачебных кадров в последующем заняли окружные (флотские) курсы усовершенствования медицинского состава (ОКУМС), которые стали развертывать в ряде военных округов и флотов, начиная со второй половины 30-х годов. Первые такие курсы были созданы в 1936 г. в Отдельной Краснознаменной Дальневосточной армии¹. Одной из широко распространенных форм повышения знаний медицинского состава явилась командирская учеба, которая стала проводиться с 1922 г., когда ГВСУ впервые была опубликована соответствующая программа².

В 1928 г. при ВСУ РККА состоялся первый учебный сбор высшего медицинского состава. Программа его предусматривала проведение

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44833, д. 1, лл. 7., 169, 170.

² Приказ РВСР и НКЗ РСФСР, 1922 г., № 1287.

полевых занятий. Это были первые в истории медицинской службы Красной Армии занятия такого рода. Окружные учебные сборы военных врачей стали регулярно проводиться, начиная с 1929 г.¹.

В 1930 г. для всех категорий военно-врачебного и среднего медицинского состава был установлен обязательный минимум «военных и военно-санитарных знаний», который приобретался путем планомерного изучения наиболее важных разделов военной медицины по особой программе. К этому времени появились и соответствующие учебные руководства. Обществом Красного Креста было предпринято издание серии лекций для врачей запаса на военно-медицинские темы.

Большое значение в расширении общемедицинского и военно-медицинского кругозора военных врачей и фельдшеров имела периодическая военно-медицинская печать. До 1929 г. она была представлена «Военно-санитарными сборниками», выпускавшимися один раз в год. С 1929 г. было возобновлено издание одного из старейших периодических печатных органов нашей страны «Военно-медицинского журнала», но под новым названием «Военно-санитарное дело». Журнал живо откликался на запросы военно-медицинской практики и публиковал на своих страницах обширный материал по различным вопросам военной медицины.

* *
*

Исключительно важное значение для дальнейшего совершенствования организационной структуры медицинской службы Красной Армии и методов медицинского обеспечения войск в условиях боевой обстановки имел боевой опыт, приобретенный медицинской службой во время боев в районе озера Хасан, на реке Халхин-Гол и в период советско-финляндской войны 1939—1940 гг.. Он позволил впервые широко и всесторонне проверить в условиях боевой обстановки сложившуюся в Красной Армии систему медицинского обеспечения войск и явился основой для дальнейшего развития полевой организации военно-медицинской службы, а также форм и методов ее работы в военное время.

В темную туманную ночь на 29/VII 1938 г., японские милитаристы, стремясь захватить стратегически важный плацдарм для военного нападения на СССР, нарушили целостность советских дальневосточных границ и вторглись своими войсками численностью до двух пехотных дивизий на нашу территорию в районе озера Хасан. Советское правительство вынуждено было принять действенные меры к изгнанию японских захватчиков с нашей земли. Выполнение этой задачи было возложено на 40-ю и 32-ю стрелковые дивизии 39-го стрелкового корпуса 1-й Отдельной Дальневосточной армии. Поднятые по боевой тревоге, они совершили ускоренный марш и были выдвинуты на боевой рубеж в крайне сжатые сроки.

Обеспечение действующей группы войск производилось главным образом морским путем. Частично для этой цели использовалась и

¹ «Военно-санитарное дело», 1929, № 1, стр. 104—106.

железная дорога. Каждая из этих баз снабжения была связана с местом боев только грунтовыми дорогами, не приспособленными для массовых перевозок. Подвоз и эвакуация осуществлялись автомобильным транспортом. При этом приходилось преодолевать большие трудности, особенно после дождей, размывавших дороги и делавших их на ряде участков непроходимыми для колесного транспорта.

Бои продолжались около двух недель — с 29 июля по 11 августа 1938 г. — и закончились полным разгромом японских захватчиков.

Не прошло и года после боевых столкновений в районе озера Хасан, как империалистическая Япония спровоцировала новый военный конфликт с Советским Союзом, совершив агрессию против Монгольской Народной Республики с целью захвата стратегически важной части ее территории. Советское правительство, действуя в соответствии с заключенным еще в 1936 г. с Монгольской Народной Республикой договором о взаимопомощи, отдало Красной Армии приказ об изгнании агрессора с монгольской земли. Первый отпор японским захватчикам дали вместе с пограничниками войска 57-го особого корпуса Красной Армии, дислоцировавшиеся на территории Монгольской Народной Республики, и некоторые подразделения и части народно-революционной армии МНР. В последующем в районе боевых действий была создана армейская группа, медицинская служба которой, кстати сказать, не имела своих штатных сил и средств. Бои на реке Халхин-Гол продолжались с перерывами немного более четырех месяцев — с 11 мая по 16 сентября 1939 г.

Боевые действия развертывались между государственной границей Монгольской Республики с Маньчжурией (с востока) и рекой Халхин-Гол и ее притоком Хайластын-Гол. Вся обширная территория к западу от реки Халхин-Гол имеет пустынно-степной характер с крайне редким населением и весьма ограниченным количеством водоисточников. Большая часть операции проводилась в летнее время. Жара днем, как правило, достигала 30—35°, а ночью было довольно прохладно. Железные дороги в Монгольской Народной Республике в то время отсутствовали. Ближайшей железнодорожной станцией на советской территории была Борзя. Расстояние от этой станции до реки Халхин-Гол — 750 км.

На организацию медицинского обеспечения войск Красной Армии, принимавших участие в боевых столкновениях в районе оз. Хасан и на реке Халхин-Гол, существенное влияние оказывали местные условия, которые в целом были неблагоприятны для медицинской службы, особенно во время операции на реке Халхин-Гол.

В работе войскового звена медицинской службы со всей очевидностью выявилась несостоятельность регламентированного официальными документами того времени требования о том, чтобы вынос раненых с поля боя производился при благоприятных к тому условиях (ночью, в туман, межбоевые паузы и т. п.). В период боев раненые, как правило, выносились непрерывно в ходе боя. Руководили выносом и организовывали оказание первой помощи врачи батальонов. Более того, они иногда лично сами оказывали эту помощь¹.

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44833, д. 10, л. 40.

Такое положение объяснялось тем, что батальонные пункты медицинской помощи зачастую не могли быть развернутыми из-за опасности прямого обстрела со стороны противника или вследствие быстрого темпа продвижения наших войск (Халхин-Гол). Поэтому батальонные врачи не имели возможности выполнять свои обязанности в том объеме, в котором они были предусмотрены уставными положениями. Такое использование врачебного состава было явно нецелесообразным, и во время боев на реке Халхин-Гол руководство



Размещение операционного блока ППГ № 1. Бои на р. Халхин-Гол.
1939 г.

военно-медицинской службой армейской группы приняло решение о переводе батальонных врачей в полки. В батальонах остались фельдшера, которые с успехом справлялись со стоявшими перед ними задачами.

Географические особенности театра военных действий, а также условия боевой обстановки вынуждали зачастую производить развертывание полковых пунктов медицинской помощи (ППМ) на нескольких разных расстояниях, чем это предусматривалось официальными требованиями. Так, в период боевых столкновений в районе озера Хасан полковые медицинские пункты находились в 2—2,5 км от переднего края¹, а во время операции на реке Халхин-Гол они располагались в 10—12 км от боевых порядков войск². На полковых пунктах медицинской помощи раненым оказывалась первая врачебная помощь в полном объеме.

¹ ЭСВМ, т. 5, стлб. 843.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 44833, д. 10, стр. 43.

Во время боев в районе озера Хасан раненые из полковых пунктов медицинской помощи направлялись только в дивизионные пункты медицинской помощи (ДПМ). Во время боевой операции на реке Халхин-Гол иногда удавалось, по свидетельству М. Н. Ахутина, выделять три отдельных потока раненых, направляя их на пункт сбора легкораненых (ПСЛ), дивизионный пункт медицинской помощи (ДПМ) и в полевой подвижный госпиталь (ППГ) ¹.

В работе дивизионного звена медицинской службы следует отметить, прежде всего, большую хирургическую активность дивизионных пунктов медицинской помощи. Если в первую мировую войну, по данным В. А. Оппея, в ДПМ (по терминологии того времени — на главных перевязочных пунктах) было оперировано только 0,6—3,3% от общего числа прошедших через них раненых, то в период боев на озере Хасан этот показатель колебался от 7 до 15% ², а в Халхингольскую операцию он достиг, по данным М. Н. Ахутина, в среднем 49% ³.

После хирургического вмешательства часть оперированных раненых становилась нетранспортабельной и нуждалась во временной (на 10—15 суток) госпитализации. Так как в штате медико-санитарного батальона соответствующие подразделения для этой цели предусмотрены не были, то во время боев на реке Халхин-Гол в составе ДПМ развертывались нештатные госпитальные отделения на 20—30 коек ⁴.

В период боев в районе озера Хасан один из дивизионных госпиталей был развернут почти на одной линии с дивизионными пунктами медицинской помощи. Расположение этого госпиталя в непосредственной близости от ДПМ создавало благоприятную обстановку для тесного их взаимодействия. В дивизионном госпитале производилось большинство операций по неотложным показаниям и госпитализировались все нетранспортабельные раненые.

Второй госпиталь был развернут на значительном удалении от войск. Сюда направлялись больные (в том числе и инфекционные) и легкораненые как непосредственно с фронта, так и из госпиталя, развернутого в районе одной из баз снабжения действующей группировки войск ⁵.

Оба дивизионных госпиталя были непосредственно подчинены корпусному врачу и, таким образом, выведены из состава сил и средств медицинской службы дивизии.

Следующий этап медицинской эвакуации был создан на базе медицинской части пограничного отряда сначала на 150 коек, а затем расширен за счет резерва медицинской службы округа до 250 коек. Посьетский госпиталь, принявший более 95% всех раненых ⁶, являлся промежуточным этапом медицинской эвакуации. Сюда доставлялись раненые из района боевых действий. При этом большинство из них

¹ М. Н. Ахутин. Организационные вопросы хирургической работы в войсковом районе и методика первичной обработки военно-полевых ранений. Тр. Куйбышевской ВМА, т. I, Куйбышев, 1940, стр. 10.

² ЭСВМ, т. 5, стлб. 844.

³ Тр. Куйбышевской ВМА, т. II, Куйбышев, 1940, стр. 33.

⁴ Тр. Куйбышевской ВМА, т. II, Куйбышев, 1940, стр. 31.

⁵ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44831, д. 4, л. 48.

⁶ Тр. Куйбышевской ВМА, т. I, Куйбышев, 1940, стр. 12—13.

проходило этот этап транзитом, задерживаясь только на некоторое время в ожидании транспорта для дальнейшей эвакуации, а также для перевязок и питания. Временно госпитализировались здесь лишь те раненые, которые находились в нетранспортабельном состоянии или нуждались в хирургической помощи. Количество таких раненых достигало 18% от общего числа поступавших.

Лечебные учреждения армии состояли из постоянных военных госпиталей и военных санаториев, имевших в своем составе 2000 коек. Эвакуация в госпитальную базу велась преимущественно морским путем, а в ряде случаев и автотранспортом. Около 80 раненых были эвакуированы самолетами, что является первым в истории Советских Вооруженных Сил примером использования авиации для целей медицинской эвакуации в обстановке боевых действий войск¹.

Во время Халхингольской операции соединения, как правило, прибывали на фронт без дивизионных госпиталей. Поэтому раненые и больные с дивизионных, а иногда и с полковых пунктов медицинской помощи непосредственно поступали в полевые подвижные госпитали. Эти последние также не являлись штатными армейскими лечебными учреждениями, а были сформированы в ходе боев на базе медико-санитарной роты (МСР) одной из танковых бригад и лазарета погранотряда МНР, которые были усилены за счет сил и средств автохирургического отряда².

В начале боев (с июня 1939 г.) был организован один госпиталь (ППГ № 1). Он обеспечивал всю армейскую группировку и располагался на грунтовой дороге, проходившей по южной части тылового района действовавших войск, находясь в 60 км от переднего края. Перед августовскими боями был развернут второй госпиталь (ППГ № 2) на северной дороге в 75 км от линии фронта. С этого момента правое крыло армейской группировки обеспечивалось ППГ № 1, а левое — ППГ № 2. Главная задача этих госпиталей состояла в оказании квалифицированной хирургической помощи раненым, не получившим ее на ДПМ. Об объеме хирургической работы полевых подвижных госпиталей можно судить по показателям оперируемости. В одном из госпиталей она равнялась 25,5%, в другом — 28,9% от общего числа раненых, прошедших через данный этап³.

Следующим этапом в системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск являлся эвакуационный госпиталь (ЭГ). Он был расположен в Тамцак-Булаке в 130—150 км от линии фронта и 50—60 км от полевых подвижных госпиталей. Это учреждение было развернуто в начале боевых действий на базе небольшого лазарета Народно-революционной армии МНР силами и средствами Улан-Баторского военного госпиталя и стационарного эвакогоспиталя. В ходе боев емкость эвакуационного госпиталя в Тамцак-Булаке расширилась и к концу операции он превратился в мощный этап медицинской эвакуации, имевший 12 медицинских отделений общей емкостью в 1100 коек⁴.

¹ Архив ВММ, ф. 1. оп. 44831, д. 4, л. 4.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 44833, д. 10, л. 20—21.

³ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44833, д. 11, л. 31.

⁴ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44833, д. 10, л. 23.

Госпиталь в основном осуществлял эвакуационно-сортировочные функции. Сюда направляли весь поток раненых и больных из района боевых действий. Госпитализировались в эвакуационном госпитале только инфекционные больные и все «отяжелевшие» в пути следования, а также раненые, нуждающиеся в дополнительной хирургической обработке¹.

Таким образом, эвакуационный госпиталь в Тамцак-Булаке, равно как и оба полевых подвижных госпиталя, не являлись типовыми лечеб-

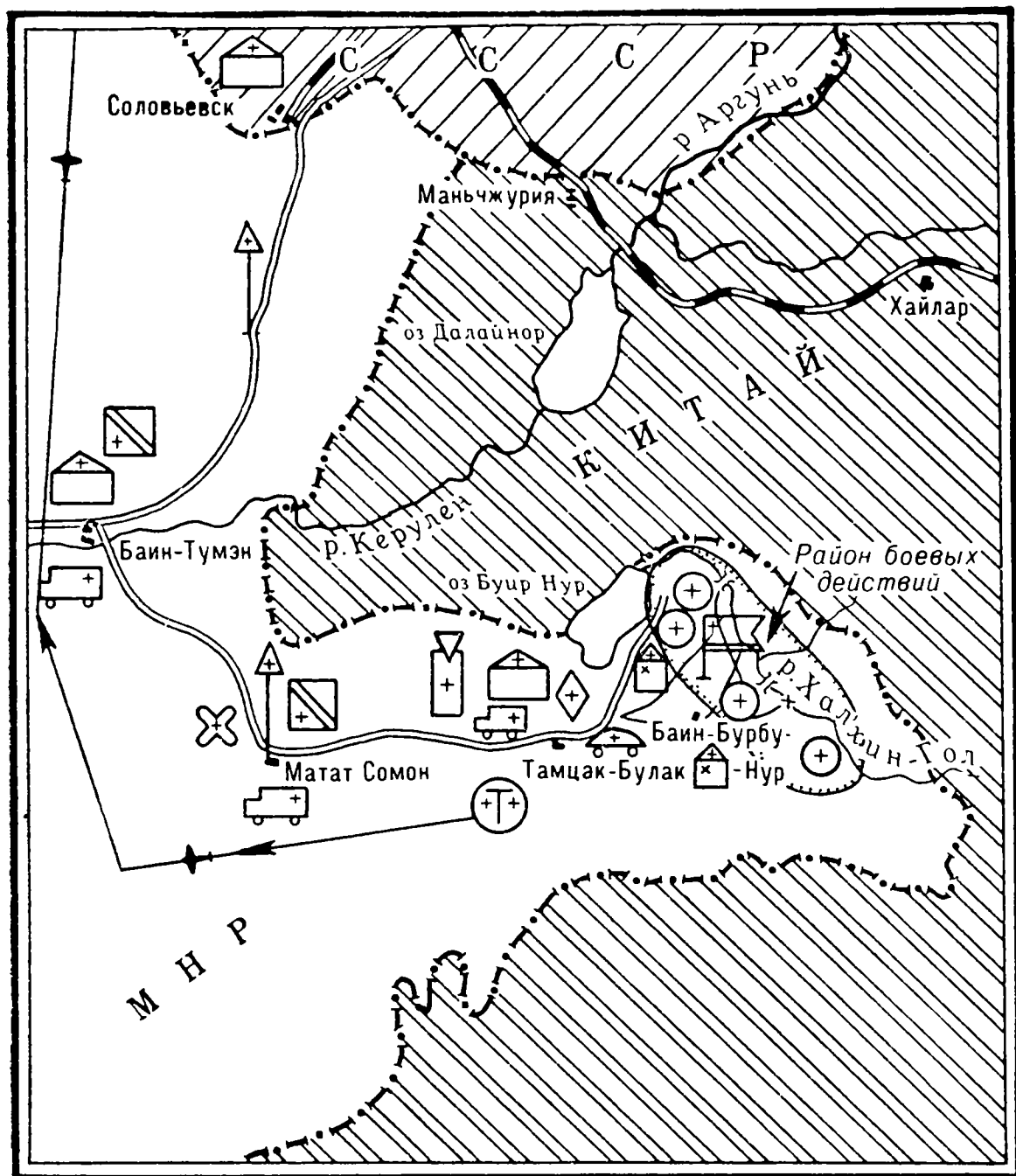


Схема организации лечебно-эвакуационного обеспечения войск Красной Армии во время боевых действий на р. Халхин-Гол.

ными учреждениями. Не было в составе военно - медицинской службы армейской группы и штатных армейских госпиталей, предназначенных для развертывания госпитальной базы армии. Поэтому последняя во время боевых столкновений организована не была. Отсутствие на театре военных действий штатных армейских госпитальных средств было одной из существенных особенностей организации медицинского обеспечения войск Красной Армии как в Хасанской, так и в Халхингольской операциях, что создавало определенные трудности в работе военно-медицинской службы.

Основная масса раненых и больных из Тамцак-Булака эвакуировалась в лечебные учреждения, располагавшиеся на территории Забайкальского военного округа. Общая коечная емкость лечебных учреждений составляла около 9000 коек, что удовлетворяло потребности военно-медицинской службы².

Более 60% из числа эвакуированных раненых и больных направлялись в тыловые лечебные учреждения авиационным транспортом³, а остальные — автотранспортом по грунту. Этот второй поток проходил через ряд промежуточных этапов медицинской эвакуации, создан-

¹ В. В. Гориневская. Организация и объем хирургической помощи в войсковом районе. «Хирургия», 1940, № 2—3, стр. 18—19.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 44833, д. 11, л. 16.

³ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44833, д. 11, л. 33.

ных в Баин-Тумэни (ныне г. Чойболсан), пос. Соловьевск и на ст. Борзя, где были также развернуты эвакуационные госпитали. Так как протяженность грунтового участка эвакуационного пути превышала 600 км, пришлось открывать нештатные эвакуационные пункты (ЭПП) между теми из этих учреждений, которые находились на наибольшем отдалении друг от друга. Таких пунктов было два; один из них—приблизительно на середине грунтовой дороги Тамцак-Булак—



Члены комиссии ЦК ВКП (б) во главе с Б. Д. Петровым, проверявшей работу медицинской службы во время боев на р. Халхин-Гол, среди руководящих военномедицинских работников 1-й армейской группы войск. В центре — Б. Д. Петров, справа от него профессор военврач 2-го ранга Ф. Г. Кротков, слева — начальник санитарного отдела армейской группы военврач 2-го ранга Г. В. Мазин.

Баин-Тумэн в населенном пункте Матат-Сомоне, а другой — на 132-м км тракта Баин-Тумэн — Соловьевск¹.

На железнодорожной станции, где заканчивался грунтовой участок эвакуационного пути, находился гарнизонный госпиталь, имевший по штату 100 коек. Он предназначался для временной госпитализации раненых и больных и обеспечивал их дальнейшую эвакуацию по железной дороге. По мере того, как возрастала напряженность боев, а следовательно, и число эвакуируемых, коечная сеть в Борзе постепенно расширялась за счет развертывания здесь эвакуационных госпиталей. К 31 августа она достигла 1500 коек².

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44833, д. 10. лл. 63, 82.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 44833, д. 10, л. 141—143.

Основной поток раненых и больных, эвакуируемых с театра военных действий как воздушным, так и железнодорожным транспортом, шел на Читинский военный госпиталь¹. После сортировки, питания и оказания нуждающимся необходимой медицинской помощи, большая часть раненых и больных направлялась в другие лечебные учреждения округа или же непосредственно в тыл страны. Меньшая их часть, нуждавшаяся в неотложной хирургической или терапевтической помощи, оставалась на месте. Таким образом Читинский госпиталь выполнял в известной мере функции сортировочного госпиталя.

Так как большое количество раненых и больных прибывало в Читинский авиасанитарным транспортом, то на аэродроме для их питания, временного размещения, а иногда и оказания нуждающимся медицинской помощи был организован аэродромный эвакуприемник. Но, как указывалось в отчете о работе медицинской службы в период Халхингольской операции, для этого эвакуприемника не были отведены соответствующие помещения и не созданы условия для надлежащей организации питания раненых².

В лечебных учреждениях ЗабВО было госпитализировано и закончило свое лечение более 60% поступивших сюда раненых и больных; остальные были эвакуированы во внутренние округа — главным образом, в СибВО³.

Организация специализированной медицинской помощи в период боевых действий в районе озера Хасан и на реке Халхин-Гол была еще весьма несовершенной. Отсутствовала должная система в распределении специалистов, вследствие чего специализированные отделения госпиталей создавались там, где оказывались те или иные из этих специалистов. Например, в ППГ № 1 были развернуты нейрохирургическое, урологическое и глазное отделения, а в ППГ № 2 — челюстно-лицевое и ушное отделения.

* * *

Советско-финляндская война позволила еще шире и всесторонне, чем во время предшествующих боевых действий на Востоке, проверить, в какой мере организационно-штатная структура медицинской службы и система медицинского обеспечения войск соответствуют условиям современной войны. И хотя боевые действия были непродолжительными (они начались 30 ноября 1939 г. и закончились 13 марта 1940 г.) и происходили суровой зимой в своеобразных географических условиях Северо-западного театра военных действий, полученный в этой войне опыт оказался весьма ценным для военно-медицинской службы.

В войне участвовали шесть общевойсковых армий (из них две — 7-я и 13-я армии — действовали на Карельском перешейке), Балтийский и Северный флоты, Ладожская военная флотилия и крупные силы авиации. Боевые действия развернулись на обширной террито-

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44833, д. 11, л. 34.

² Там же.

³ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44833, д. 10, лл. 200—201.

рии от Карельского перешейка на юге до Лапландии и побережья Баренцева моря на севере с протяженностью линии фронта до 1500 км. Эта территория имеет резко пересеченный рельеф. Большая часть поверхности покрыта труднопроходимыми лесными массивами с обилием озер и болот. Местность характеризуется также крайне слабым развитием сети грунтовых и особенно железных дорог и весьма малой плотностью населения. Например, в полосе действия 9-й армии, занимавшей по фронту 455 км, насчитывалось только восемь более или менее крупных населенных пунктов, отстоящих друг от друга на значительном расстоянии. Протяженность грунтовых путей подвоза и эвакуации доходила до 150—300 км.

Наиболее благоприятные условия складывались для 7-й и 13-й армий на Карельском перешейке, где имелась относительно густая сеть грунтовых и железных дорог и большое число населенных пунктов. К тому же обе эти армии вели бои на незначительном (в первые дни войны всего лишь в 40—60 км) удалении от Ленинграда и могли поэтому широко использовать его огромные материальные и людские ресурсы, в частности богатые возможности сети здравоохранения города.

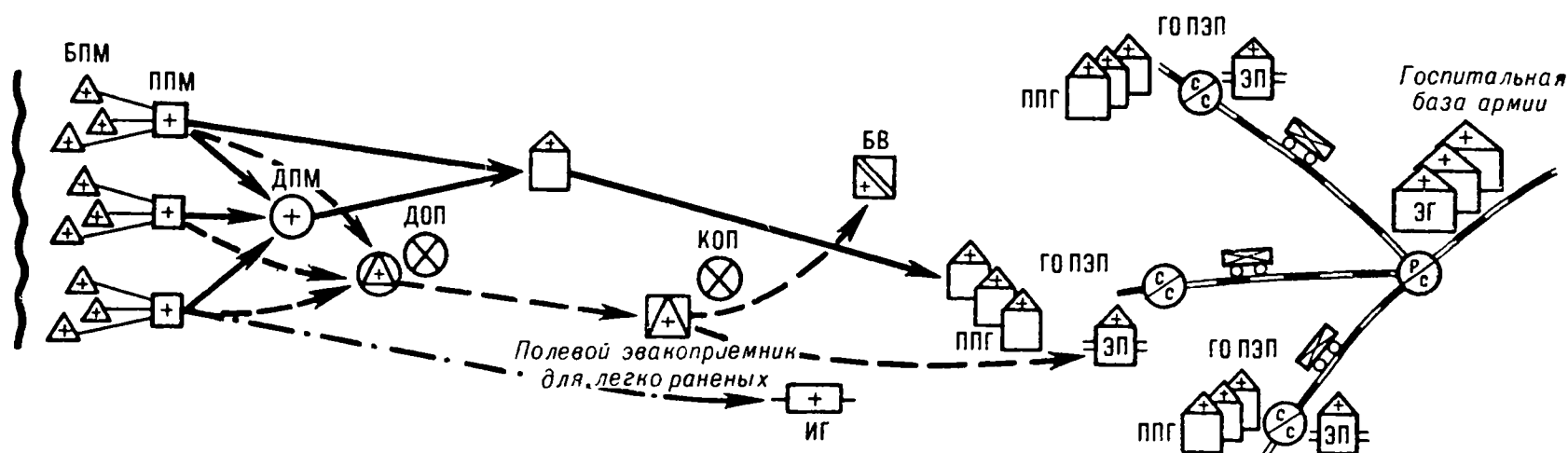
Война с Финляндией велась зимой 1939—1940 гг., которая была исключительно суровой. Морозы доходили на севере до 45—50° и сопровождались частыми снегопадами, сильными метелями и вьюгами. Толщина снежного покрова достигала 2—3 м. Из-за снежных заносов движение по грунтовым дорогам было весьма затруднено, а в ряде случаев совершенно невозможно. Бои почти на всех операционных направлениях носили ожесточенный характер. Финская армия, опираясь на мощные долговременные оборонительные сооружения, оказывала упорное сопротивление наступающим советским войскам.

Решающие операции советско-финляндской войны, которые в конечном счете определяли ее исход, развернулись на Карельском перешейке. Здесь находился главный рубеж обороны противника — так называемая линия Маннергейма, представлявшая систему мощных железобетонных укреплений. В ходе боевых действий на Карельском перешейке можно различить три этапа. На первом этапе (с 30 ноября по 12 декабря 1939 г.) советские войска, преодолев упорное сопротивление противника, овладели его сильно укрепленной и хорошо оборудованной в инженерном отношении оперативной зоной заграждений и вышли к главной оборонительной полосе — линии Маннергейма. Второй этап (с 12 декабря 1939 г. по 11 февраля 1940 г.) включал планомерную подготовку к прорыву линии Маннергейма и ряд частных операций. На третьем, завершающем этапе (с 11 февраля по 13 марта 1940 г.) советские войска в ожесточенных боях прорвали все три полосы оборонительных укреплений и штурмом овладели Выборгом, после чего Финляндия вынуждена была просить Советское правительство о заключении мира.

Все перечисленные выше факторы, связанные с физико-географическими и климато-метеорологическими особенностями театра военных действий, а также с особенностями боевой обстановки, создавали исключительно трудные и сложные условия для медицинского

обеспечения войск. Эти условия приводили зачастую к необходимости существенного отклонения от официально установленных правил и порядка медицинского обеспечения, в чем можно убедиться на ряде изложенных ниже примеров.

В советско-финляндскую войну оказание первой помощи раненым и вынос их с поля боя, как и в Хасанскую и в Халхингольскую операции, производились непрерывно в ходе боев. По материалам С. А. Себеки, 58% раненых были вынесены с поля боя в течение 1 часа после ранения, 24% — после 2—3 часов и 18% спустя 3 часа и более¹. По данным Е. И. Смирнова, С. А. Себеки и др., от 33 до 45% общего числа раненых не нуждались в выносе и выходили с поля боя самостоятельно.



Принципиальная схема организации лечебно-эвакуационного обеспечения войск Красной Армии в советско-финляндскую войну 1939—1940 гг.

Посты санитарного транспорта чаще всего не организовывали, и раненых выносили на БПМ. Необходимо отметить, что на всем протяжении боевых действий в войсках остро ощущался недостаток в санитарях, санитарных инструкторах и санитарях-носильщиках. Как указывал Е. И. Смирнов, ряд стрелковых полков потерял за войну такое количество санитаров и санинструкторов, которое в 2 раза превышало их число до начала боевых действий.

Батальонные пункты медицинской помощи располагались на расстоянии от 200 до 2000 м от линии фронта и размещались в блиндажах, землянках или палатках. Развертывали их главным образом в обороне, а в наступлении санитарные взводы батальонов обычно работали «с хода». На БПМ оказывалась в основном доврачебная помощь, поскольку врачи батальонов, как правило, не имели возможности и условий выполнять свои врачебные обязанности. Эвакуация на ППМ осуществлялась преимущественно на волокушах, лыжно-носильных установках или собачье-нартовых упряжках.

Полковые пункты медицинской помощи развертывались на различном удалении от линии фронта: от 2—3 до 5—6 км, а иногда и до 16—17 км, как это было, например, в период боев на льду Выборгского залива². Размещались ППМ в палатках, блиндажах-землянках, шалашах, уцелевших зданиях. Иногда 2—3 полковых пункта медицин-

¹ С. А. Себека. Санитарное обеспечение роты и батальона в период боев с белофиннами. «Военно-санитарное дело». 1941, № 3, стр. 67.

² Тр. Куйбышевской ВМА, т. II. Куйбышев, 1940, стр. 11.

ской помощи располагались рядом и работа их объединялась под руководством одного из старших врачей полков. В дни ожесточенных боев, когда число поступивших на ППМ раненых доходило до 200—400 чел. в сутки, объем медицинской помощи резко сокращался. Он ограничивался контролем повязок (заменой их в случае необходимости), наложением жгута, шин, введением противостолбнячной сыворотки. Из полковых пунктов медицинской помощи все раненые и больные эвакуировались только на ДПМ.



Вход в ППМ. Советско-финляндская война 1939—1940 гг.

Дивизионные пункты медицинской помощи чаще разворачивались в 8—10 км от линии боя, хотя в зависимости от боевой обстановки, рельефа местности и дорог это расстояние нередко сокращалось до 4—6 км (на Карельском перешейке) или, наоборот, увеличивалось до 20—25 км (в полосе действий 8-й и 9-й армий)¹. ДПМ располагались, как правило, в палатках или блиндажах (землянках) и крайне редко в уцелевших зданиях.

В советско-финляндскую войну получила дальнейшее развитие проявившаяся еще на озере Хасан и реке Халхин-Гол тенденция превращения ДПМ в центр оказания хирургической помощи в войсковом районе. По данным М. Н. Ахутина, С. И. Банайтиса и В. И. Попова, здесь было оперировано 60,6—65% всего количества поступивших раненых.

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 7401, д. 2, л. 217.

Взаимодействия дивизионных пунктов медицинской помощи и дивизионных госпиталей осуществлялись различным путем. Очень часто они развертывались на одной линии в непосредственной близости друг от друга, выполняя либо однотипную работу, либо разграничивая свои функции приемом разных категорий раненых. Совместное их размещение позволяло усиливать в нужный момент дивизионные пункты медицинской помощи, переключать весь поток раненых, идущий из войск, в дивизионные госпитали и тем самым давать возможность ДПМ передвигаться за наступающими частями. Иногда ДГ перемещались вперед перекатом через ДПМ. В 7-й и 8-й армиях в период февральско-мартовского наступления дивизионные госпитали были переданы в оперативное подчинение начальника санитарного отдела армии и использовались по обстановке там, где могли принести максимальную пользу медицинской службе.

По сравнению с дивизионными пунктами медицинской помощи хирургическая активность дивизионных госпиталей была значительно меньшей. В 13-й армии, по данным Н. Н. Еланского, здесь оперировалось 23—30% поступавших раненых. В 8-й армии этот процент, по М. Н. Ахутину, равнялся 30, в 7-й армии он достигал 39,3%¹.

Как и в Халхингольской операции, госпитализация на ДПМ раненых, ставших нетранспортабельными после оперативных вмешательств, производилась в нештатных госпитальных отделениях, которые создавались как за счет собственных, так и за счет армейских сил и средств. Эта задача, в частности, возлагалась на автохирургические отряды и различные группы усиления (хирургические, терапевтические, токсикологические), имевшиеся в распоряжении начальников медицинской службы армий.

Уже в первые недели войны в соединениях 7-й, 8-й и 13-й армий была проведена в жизнь подсказанная предшествующим боевым опытом на востоке идея о расположении пунктов сбора легкораненых и полевых эвакоприемников не при дивизионных и корпусных обменных пунктах, а при дивизионных пунктах медицинской помощи и дивизионных госпиталях. При этом через пункты сбора легкораненых, работавшие в составе ДПМ, прошло свыше 50% всех поступивших на эти этапы медицинской эвакуации раненых.

В отличие от Хасанской и Халхингольской операций во время советско-финляндской войны медицинская служба располагала всеми видами штатных армейских сил и средств, в том числе и головными отделениями полевых эвакуационных пунктов (ГОПЭП). Однако их количество в некоторых армиях было меньше числа корпусов (полагалось иметь по одному ГОПЭП на каждый корпус). Полевые лечебные учреждения далеко не всегда использовались в соответствии с уставными требованиями. Показателен в этом отношении пример 8-й и 9-й армий. Обе армии являлись мощными оперативными объединениями. Протяженность грунтового участка пути подвоза и эвакуации достигала 150 км в 8-й и 300 км в 9-й армии. Между тем в этих армиях имелись: в первой из них — 2 эвакуационных приемника и 6 полевых

¹ С. И. Банайтис. Итоги хирургической работы в армейской операции. «Военно-санитарное дело», 1940, № 11, стр. 5.

подвижных госпиталей (к концу войны их стало 9), во второй соответственно — 3 и 9. В сложившейся обстановке было принято правильное решение о делении ЭП и ППГ на две части с превращением их в самостоятельные лечебные учреждения. Многие из этих учреждений развертывали как госпитальные койки, так и эвакуоместа. Количество коек в них иногда достигало 150, а число мест — 1580. Часть эвакуоприемников иногда выполняла функции госпиталей для легкораненых.

В некоторых случаях на грунтовом участке эвакуационного пути создавались так называемые госпитальные коллекторы — группы лечебных учреждений, развертываемых в одном районе и объединенных единым органом управления. Впервые такой госпитальный коллектор был создан в 8-й армии. Он располагался в населенном пункте Сальми и состоял из двух ППГ и одного ДГ общей емкостью 1250 коек. Коллекторы подчинялись санитарному отделу армии и имели возможность эвакуировать раненых и больных непосредственно в госпитальную базу армии¹.

В 8-й и 9-й армиях в связи с большой протяженностью грунтовых участков военных дорог и малочисленностью госпитальных средств приходилось развертывать этапы медицинской эвакуации на больших расстояниях друг от друга. В связи с этим возникла необходимость в организации между ними промежуточных этапов, так называемых перевязочно-обогревательных пунктов. Такие пункты имелись в войсках с самого начала войны и были подведомственны дорожноэксплуатационным полкам. Они создавались на удалении 30—50 км друг от друга и предназначались для отдыха и обогрева в пути раненых и больных и оказания им при надобности неотложной медицинской помощи.

ГОПЭП 7-й и 13-й армий в отличие от 8-й и 9-й армий большей частью развертывались сосредоточенно в районе станций снабжения в полном составе своих учреждений. Однако и здесь ввиду недостаточного их количества нередко приходилось выдвигать на направления действия корпусов и дивизий лишь отдельные эвакуоприемники или госпитали². Основная масса раненых поступала в ГОПЭП, получив хирургическую помощь на войсковых этапах медицинской эвакуации. Поэтому крупных оперативных вмешательств там производилось немного. Общая оперируемость равнялась (по отношению к количеству поступивших раненых): в 7-й армии — 15,4% (по данным С. И. Банайтиса) и в 13-й армии — 16% (по данным Н. Н. Еланского). Большинство ГОПЭП почти всегда работало с большой перегрузкой при огромном напряжении своего личного состава. Иногда в полевые подвижные госпитали ГОПЭП поступало в течение суток по 700—900 раненых. В дни ожесточенных боев в некоторых госпиталях скапливалось до 1200 раненых.

В работе армейского звена медицинской службы велика была роль автохирургических отрядов и групп усиления. Располагая этими средствами, начальники санитарных отделов армий имели возможность оказывать действенную помощь этапам медицинской эвакуации в

¹ Архив ВММ, ф. 141, оп. 12187, д. 10, лл. 64, 99, 102.

² Архив ВММ, оп. 7401, д. 5, лл. 21—28.

случае их перегрузки ранеными и больными. При этом АХО и группы усиления придавались не только армейским полевым лечебным учреждениям, но нередко дивизионным пунктам медицинской помощи и дивизионным госпиталям. Выдвигаемые в войсковой район АХО выполняли иногда самостоятельные задачи. Благодаря своей подвижности они успешно преодолевали дорожные «пробки» и, продвигаясь за войсками, развертывали впереди ДПМ своеобразные передовые медицинские пункты, где до подхода МСБ оказывалась квалифицированная хирургическая помощь раненым по неотложным показаниям.

Ввиду того, что боевые действия против Финляндии предполагалось закончить в короткий срок, развертывание госпитальных баз армий было признано вначале нецелесообразным. Немалую роль в этом сыграла близость районов боевых действий от таких крупных административных центров, как Ленинград, Мурманск и Петрозаводск, где находилось значительное число фронтовых лечебных учреждений. Однако по мере наращивания интенсивности боевых действий, роста санитарных потерь и увеличения протяженности эвакуационных путей армейское звено медицинской службы сталкивалось все с большими трудностями в своей работе из-за отсутствия госпитальных баз армий, что и привело к принятию решения об их организации. Госпитальные базы армий были развернуты: в 8-й армии — в конце декабря 1939 г., в 7-й, 9-й и 13-й армиях — в феврале 1940 г. За всю войну эти госпитальные базы своей дислокации не изменяли. Поэтому расстояние между ними и ГОПЭП по мере продвижения наших войск вперед, все увеличивалось и, если в момент организации госпитальных баз 7-й и 13-й армий оно равнялось 50—70 км, то к концу войны достигло 90—130 км.

Несколько иное положение было в 8-й и 9-й армиях. Дело в том, что здесь учреждения ГОПЭП располагались рассредоточенно. Они обеспечивали отдельные направления, образуя цепочку этапов медицинской эвакуации, которая с перемещением линии фронта растягивалась или наращивалась в сторону войск. Поэтому, если расстояние между госпитальными базами армий и первыми (с тыла) звеньями этих цепочек оставалось примерно одинаковым (30—50 км), то их последние звенья по мере продвижения вперед наших войск все более удалялись от госпитальных баз и в конце войны находились от последних в 100—130 км — в 8-й армии и в 220—250 км — в 9-й армии.

Госпитальные базы армий были сформированы из эвакуационных госпиталей различной емкости — от 100 до 900 коек. В некоторые госпитальные базы, например 8-й армии, кроме того, были включены гарнизонные военные госпитали и даже гражданские больницы. Из лечебных учреждений ГОПЭП раненые и больные эвакуировались в госпитальные базы армии автотранспортом (8-я и 9-я армии) или военно-санитарными поездами (7-я и 13-я армии). В отдельных случаях для эвакуации тяжелораненых использовались также санитарные самолеты.

В начальный период организации госпитальных баз армий их емкость была недостаточной. Госпитали работали с большой перегрузкой, особенно в 13-й армии. В связи с этим они вынуждены были в спешном порядке развертывать сверхштатные койки соответственно

количеству поступавших раненых и больных. Нередко перегрузка госпиталей в 2—3 раза превышала число штатных коек¹. В последующем коечная емкость госпитальных баз армий значительно возросла. К концу войны она достигла в 7-й армии — 4700 коек, в 13-й армии — 4580 коек, 8-й армии — 6400 коек. Но и этого госпитального коечного фонда все еще не доставало².

Заслуживает внимания то обстоятельство, что один из госпиталей госпитальной базы 8-й армии (ВГ 446) предназначался для приема всего поступавшего потока раненых и больных с последующим распределением их по коечной сети базы или направлением во фронтовой тыл. Это был, по существу, сортировочный госпиталь, организация которого не предусматривалась официальными положениями³.

Хирургическая активность в лечебных учреждениях госпитальной базы армии была невысокой. В 9-й армии, например, было оперировано 2,7%, в 8-й армии — 3,2% раненых из числа поступивших в госпитальную базу⁴. Специализированная медицинская помощь в армейском тыловом районе практически стала оказываться только во второй половине войны и не во всех армиях. К тому же этой помощью охватывались далеко не все виды раненых, а по своему построению она отличалась значительным разнообразием организационных форм, зачастую далеко несовершенных. Так, для обеспечения некоторых видов специализированной медицинской помощи нередко практиковалось прикомандирование к армейским полевым подвижным госпитальным отдельным специалистов. Иногда это прикомандирование сопровождалось созданием соответствующих специализированных палат или даже отделений. Несколько более четкой была организация специализированной медицинской помощи на завершающем этапе войны в 8-й армии. В созданном здесь в районе Суоярви госпитальном коллекторе один из госпиталей выполнял сортировочные функции, другой специально предназначался для легкораненых, а в двух остальных, объединенных единым управлением, были развернуты палаты для раненных в живот, грудь, череп и для больных. В госпитальной базе этой же армии в числе специализированных лечебных учреждений были организованы четыре госпиталя для легкораненых (по 500 коек каждый). Они были развернуты в начале февраля по специальному приказу командующего армией, что явилось важным мероприятием для дальнейшего развития системы лечения легкораненых⁵.

Таким образом, в советско-финляндскую войну 1939—1940 гг. можно констатировать наличие лишь отдельных элементов организации специализированной коечной сети в армейском районе. Поэтому лечебно-эвакуационное обеспечение войск строилось по «дренажному» типу лишь с частичным применением принципа эвакуации по назначению. При этом эвакуировалась по назначению только та часть

¹ Архив ВММ, ф. 141, оп. 12187, д. 10, лл. 41, 42.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 7401, д. 5, л. 70; оп. 7404, д. 4, лл. 22, 23; ф. 7238, оп. 61102, д. 1, л. 36.

³ Архив ВММ, ф. 141, оп. 12187, д. 10, лл. 41, 42.

⁴ Архив ВММ, ф. 1, оп. 7401, д. 10, лл. 9—12.

⁵ Архив ВММ, ф. 141, оп. 12187, д. 10, л. 91.

раненых и больных, которая на самолетах вывозилась из войсковых и армейских этапов медицинской эвакуации непосредственно во фронтовые лечебные учреждения. Основная же масса раненых и больных направлялась в тыл, проходя поочередно всю цепочку этапов медицинской эвакуации.

Таким образом, провозглашенный уставом военно-санитарной службы 1933 г. принцип этапного лечения с эвакуацией по назначению в период советско-финляндской войны 1939—1940 гг. претворить в жизнь не удалось.

Большинство сил и средств, которыми располагала медицинская служба во фронтовом районе, было объединено во фронтовом эвакуационном пункте (ФЭП 50). В подчинении управления ФЭП находились управление полевого эвакуационного пункта (УПЭП 19), управление госпитальной базы армии (УГБА 49) и некоторые другие учреждения, в том числе батальоны выздоравливающих. Госпитальная коечная сеть ГБФ была развернута в Ленинграде и его пригородах с подчинением непосредственно УФЭП 50, а также в ряде населенных пунктов областей, прилегавших к фронтовому тыловому району (с подчинением УГБА 49 и УПЭП 19). При этом подавляющее большинство лечебных учреждений было развернуто в Ленинграде и его пригородах.

В состав госпитальной базы фронта входили эвакуационные госпитали, гарнизонные военные госпитали и так называемые оперативные койки, которые выделялись за счет коечного фонда больниц и ленинградских клиник, переданного в распоряжение медицинской службы. В целом коечная сеть ГБФ за время войны систематически наращивалась. За период с 1 декабря 1939 г. по 1 марта 1940 г. она возросла на 209%.

Из армейских тыловых районов раненые и больные эвакуировались в госпитальную базу фронта различными транспортными средствами. Наибольшее их число было эвакуировано железнодорожным транспортом: 86,6% — военно-санитарными и 5% — необорудованными поездами. Санитарными самолетами было эвакуировано 6,5% раненых и больных. Автосанитарным транспортом было перевезено всего 1,9% раненых и больных, поскольку он применялся на этом участке эвакуационного пути только на направлении действия 7-й и 13-й армий, главным образом, в начале войны, когда бои велись всего лишь в 30—60 км от Ленинграда. В этих условиях раненые нередко доставлялись на госпитальную базу фронта санитарными автобусами и машинами непосредственно из войсковых лечебных учреждений спустя 6—8 часов после ранения.

Раненые прибывали в госпитальную базу фронта, как правило, хирургически обработанными на предыдущих этапах медицинской эвакуации. Поэтому во фронтовых лечебных учреждениях за всю войну было оперировано 16,2% раненых. Специализированная медицинская помощь в ГБФ оказывалась всем категориям раненых и больных. Помощь эта осуществлялась главным образом в смешанных (многопрофильных) лечебных учреждениях.

Во время войны во внутреннем тыловом районе было развернуто в общей сложности около 103 000 госпитальных коек на территории

ряда военных округов¹ (наиболее отдаленными от театра военных действий были Уральский и Северо-Кавказский). Вся госпитальная коечная сеть тыла страны объединялась 17-ю местными эвакуационными пунктами (МЭП). Количество коек в эвакуационном пункте колебалось от 1800 до 9350.

* * *

Медицинское обеспечение боевых действий Красной Армии в районе озера Хасан, на реке Халхин-Гол и в советско-финляндскую войну осуществлялось при непосредственном участии многих видных представителей советской медицины и военно-медицинской науки. Многие из них являлись профессорами и преподавателями Военно-медицинской академии. Во время Хасанской и Халхингольской операций организацией хирургической помощи руководил профессор М. Н. Ахутин. В советско-финляндскую войну не один раз выезжал на театр военных действий и вел там большую организаторскую и практическую работу в качестве хирурга-консультанта Н. Н. Бурденко. В рядах действующей армии находились такие крупные советские ученые-медики, как П. А. Куприянов, являвшийся хирургом-консультантом ВСУ фронта, Н. Н. Еланский, С. И. Банайтис, М. Н. Ахутин, В. В. Гориневская, В. И. Попов, П. Л. Сельцовский, А. В. Вишневский, А. А. Вишневский и др.

Большую помощь медицинской службе действующей армии оказывала Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова. Как только начались боевые столкновения на реке Халхин-Гол, командование академии обратилось с просьбой к наркому Оборона о привлечении ее к участию в медицинском обеспечении боевых действий войск. Эта просьба была удовлетворена — академия командировала на фронт 22 чел. из профессорско-преподавательского состава и 15 слушателей 5-го курса. На театр военных действий был также направлен сформированный и полностью оснащенный академией хирургический отряд, сыгравший немаловажную роль в лечебно-эвакуационном обслуживании раненых и больных.

Еще больший масштаб приобрела помощь академии медицинской службе в период советско-финляндской войны 1939—1940 гг. С самого начала войны в ряды медицинского состава действующей армии влился значительный отряд работников академии. В нем насчитывалось около 120 чел., в том числе 10 профессоров и старших преподавателей, 16 доцентов и 38 ассистентов (младших преподавателей). Все они получили назначение на ответственные участки работы; причем многие из них заняли должности фронтовых и армейских специалистов. На фронт были командированы также почти все слушатели 5-го курса (289 чел.). Питомцы академии трудились на всем протяжении фронта — от Петсамо до Выборга. Они выполняли обязанности врачей батальонов, были младшими врачами полков, работали в лечебных учреждениях.

Существенную пользу медицинской службе 13-й армии принес полевой подвижный госпиталь, сформированный в академии за счет ее

¹ Архив ВММ, ф. 141, оп. 7914, д. 1, л. 191.

собственных сил и средств. Высококвалифицированный врачебный состав этого госпиталя во главе с профессорами В. И. Поповым и А. В. Шацким, наряду с напряженной лечебной деятельностью, проводил обширные научные изыскания по ряду актуальных проблем военно-полевой хирургии (по патологии и лечению ранений, борьбе с шоком, профилактике анаэробной инфекции). Довольно ощутимую помощь получал от академии фронтовой эвакуационный пункт. Ее Клинический военный госпиталь был за короткий срок расширен в два



В операционной 736 ППГ. Оперирует профессор В. В. Гориневская (третья слева).
Советско-финляндская война 1939—1940 гг.

раза (к январю 1940 г. в нем насчитывалось 2400 коек) и являлся самой мощной в Ленинграде базой для специализированного лечения почти всех категорий раненых и больных.

В боях в районе озера Хасан, на реке Халхин-Гол и во время советско-финляндской войны медицинские работники Красной армии с честью выполнили стоявшие перед ними задачи. Советское правительство по достоинству оценило самоотверженный труд военных медиков, наградив большую группу их орденами и медалями Советского Союза. Среди награжденных 94 чел. — профессора, преподаватели и слушатели Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова¹. Трем представителям военно-медицинской службы — Б. П. Бегоулеву, И. Ф. Бирцеву и И. М. Ильиных — наиболее отличившимся в боях — было присвоено высокое звание Героя Советского Союза.

¹ «Наша Искра» от 29 сентября 1940 г.

Военврач II ранга Б. П. Бегоулев во время боев на озере Хасан возглавил медицинскую службу 120-го стрелкового полка. Хотя он был по образованию зубным врачом, но большой опыт предшествовавшей службы в войсках позволял ему хорошо справляться со своими обязанностями. Старший врач не только руководил оказанием медицинской помощи раненым и их выносом, но и лично принимал непосредственное участие в оказании помощи раненым на поле боя. В ожесточенном бою за сопку Заозерную Б. П. Бегоулев был ранен, но самоотверженно продолжал выполнять свои обязанности. Указом



Председатель Президиума Верховного Совета СССР М. И. Калинин вручает военврачу 2-го ранга профессору Б. Д. Добычину орден Ленина. 1940 г., Выборг.

Президиума Верховного Совета СССР от 25 октября 1938 г. военврачу II ранга Б. П. Бегоулеву было присвоено высокое звание Героя Советского Союза. Это был первый в нашей стране военный медик — Герой Советского Союза.

Военфельдшер И. Ф. Бирцев во время советско-финляндской войны был командиром санитарного взвода стрелкового батальона. В одном из упорных боев он лично под огнем противника оказывал медицинскую помощь раненым и выносил их в укрытия. И. Ф. Бирцев продолжал выполнять свой тяжелый и опасный труд и тогда, когда получил серьезное ранение. Превозмогая жгучую боль, преодолевая страшную усталость, уже почти изнемогая, он находил в себе силы передвигаться от одного раненого к другому, перевязывать и выносить их с поля боя, спасать им жизнь. И только к вечеру, когда бой стал стихать, мужественного фельдшера доставили в медико-санитарный

батальон, где он скончался от тяжелых ран. Советское правительство посмертно присвоило военфельдшеру И. Ф. Бирцеву звание Героя Советского Союза.

Тяжелым и опасным был в советско-финляндскую войну труд водителей автосанитарного транспорта. Машины нередко попадали под артиллерийский и даже ружейно-пулеметный обстрелы противника,

застревали в снегу. Мужество, самоотверженное выполнение своих служебных обязанностей, упорство в преодолении трудностей — вот что было характерно для большинства водителей санитарного транспорта. Наиболее ярко и полно эти качества проявились у шофера автосанитарного взвода И. М. Ильиных, за что ему и было присвоено звание Героя Советского Союза.

* * *

Во время боевых действий на востоке и особенно во время советско-финляндской войны медицинская служба приобрела богатый опыт работы в условиях боевой обстановки. Этот опыт явился предметом глубокого и всестороннего изучения широкими кругами военно-медицинского состава Красной Армии. Ведущая и координирующая роль в этом изучении принадлежала Ученому медицинскому совету при начальнике Военно-санитар-

Военврач 2-го ранга Б. П. Бегоулев, первый военный медик — Герой Советского Союза.
1938 г.

ного управления, созданному в 1940 г. Много сделали для этого профессора и преподаватели военно-медицинских академий, получившие личный опыт работы в боевых условиях.

По материалам медицинского обеспечения войск действующей армии было написано и опубликовано значительное количество работ обобщающего характера по различным вопросам военно-медицинской теории и практики. Большинство этих работ являлось журнальными статьями. Некоторая часть была представлена отдельными изда-

ниями в виде сборников или трудов Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, Куйбышевской военно-медицинской академии и некоторых других медицинских учреждений Красной Армии. Были изданы и монографии. Особую ценность из них имела книга М. Н. Ахутина «Хирургический опыт двух боевых операций». В начале 1941 г. для занятий со слушателями военно-медицинских академий и военно-медицинских факультетов были изданы основные положения проекта Наставления по медицинскому обеспечению войск, которое разрабатывалось специально созданной комиссией в составе Н. И. Завалишина, М. М. Гурвича, С. А. Себеки и Я. Н. Кричевского.

Боевой опыт, полученный медицинской службой, оказался весьма поучительным. Он с несомненностью подтвердил правильность выработанных принципов медицинского обеспечения Красной Армии, жизнеспособность системы этапного лечения раненых и больных и возможность ее применения в различных условиях боевой обстановки. Но вместе с тем этот опыт выявил и ряд серьезных недостатков полевой военно-медицинской организации Красной Армии. Итоги и уроки медицинского обеспечения боевых операций Красной Армии были впервые в широком плане обсуждены на особом совещании при санитарном управлении РККА, состоявшемся 10 апреля 1940 г. К этому совещанию была привлечена большая группа военных медиков — участников только что закончившейся войны, в том числе и рядовые работники медицинской службы до фельдшеров и санитарных инструкторов включительно.

В выступлениях участников совещания высказывалось единодушное мнение о необходимости внесения ряда изменений в принятую в Красной Армии систему медицинского обеспечения войск с целью ее дальнейшего усовершенствования применительно к современным требованиям. Такой вывод был сделан и в заключительном слове начальником санитарного управления РККА дивврачом Е. И. Смирновым. Но вместе с тем он подчеркнул, что изменять полевую военно-медицинскую организацию надо обязательно с учетом наличия медицинских ресурсов в стране. Очень важной также была мысль о необходимости создания при Военно-медицинской академии «...специального отделения для подготовки руководящих санитарных начальников»¹.

Завершающим этапом в обобщении боевого опыта медицинского обеспечения Красной Армии и определении конкретных практических путей его использования явился сбор руководящих работников медицинской службы, проводившийся с 18 по 25 апреля 1941 г. На этом сборе был заслушан доклад начальника Санитарного управления РККА «Об итогах медико-санитарного обеспечения боевых действий войск в МНР и в Финляндии, о состоянии и задачах санитарной службы Красной Армии». Основное внимание в докладе было уделено анализу полученного медицинской службой боевого опыта и обоснованию вытекающих из него мероприятий по совершенствованию структуры полевой военно-медицинской организации, а также форм и методов медицинского обеспечения войск.

¹ Архив ВММ, ф. 3, оп. 19303, д. 2, л. 34.

Следует сказать, что в выступлениях некоторых участников сбора, наряду с выражением принципиального одобрения положений докладчика, в то же время отмечалась неполнота учета всех сторон указанного опыта при определении Санитарным управлением Красной Армии характера намеченной перестройки системы медицинского обеспечения войск. Так, при обсуждении доклада говорилось о явно недостаточном штатном количестве младшей категории военно-медицинских работников, о важности организации систематической подготовки этого состава в мирное время (М. М. Гурвич). Указывалось на необходимость оснастить полевую медицинскую службу техническими средствами для выноса раненых с поля боя (М. М. Гурвич, А. С. Георгиевский). Высказывалось опасение, что включение в штат медико-санитарного батальона госпитальной роты повлечет за собой «утяжеление» этого полевого медицинского формирования (С. А. Семека)¹.

На сборе было создано и работало несколько комиссий — по рассмотрению структуры санитарной службы на военное время, проекта наставления по санитарной службе, положения об учете и отчетности санитарной службы на мирное и военное время, положения о полевых санитарных учреждениях на военное время. На основе разработанных этими комиссиями и одобренных участниками сбора материалов начальником Санитарного управления Красной Армии был представлен на рассмотрение Народному комиссару Оборона обстоятельный и аргументированный доклад с конкретными предложениями по реорганизации полевой военно-медицинской службы².

Подавляющее большинство этих предложений было одобрено Наркомом и вскоре в законодательном порядке проведено в жизнь. Прошедшие изменения в полевой медицинской службе получили отражение в «Сборнике положений об учреждениях санитарной службы», объявленном приказом НКО в 1941 г. Все эти изменения имели целью усовершенствовать полевую военно-медицинскую организацию Красной Армии с тем, чтобы привести ее в наиболее полное соответствие с регламентированными принципами медицинского обеспечения войск, в частности, с положениями системы этапного лечения с эвакуацией по назначению и с условиями боевых действий войск. Отметим наиболее существенные из них.

В стрелковом батальоне врачи были заменены фельдшерами. Это позволило несколько увеличить число врачебного состава в санитарной роте полка. Существенным изменениям подвергся штат медико-санитарного батальона. В нем было увеличено число врачей-хирургов до 14 чел., а также среднего и младшего медицинского состава, исходя из расчета обеспечения медицинской помощью 500 раненых и больных в сутки. В состав медико-санитарного батальона включили госпитальную роту, рассчитанную на госпитализацию 100 носилочных раненых. Отделение сбора легкораненых медицинской роты медико-санитарного батальона заменил взвод сбора и хирургической обработки легкораненых, на который возлагалась задача оказания им квалифицированной хирургической помощи в неотложных случаях.

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 35484, д. 179, лл. 131—142.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 35482, д. 13, лл. 66—78.

Дивизионные госпитали были упразднены и вместо них созданы войсковые подвижные госпитали (из расчета 1 на дивизию). Эти госпитали явились армейским средством, но в зависимости от обстановки могли придаваться корпусам.

Изменения в армейском звене медицинской службы выразились в создании отдельной роты медицинского усиления (ОРМУ), которая объединила группы усиления как общего назначения, так и специализированные. Наряду с отдельной ротой медицинского усиления в составе медицинской службы армии сохранялся в качестве мощного средства усиления автохирургический отряд, опыт применения которого во время советско-финляндской войны был оценен весьма положительно. Армейские противоэпидемические средства пополнились новым формированием — обмывочно-дезинфекционной ротой (ОДР), а в состав санитарно-эпидемиологического отряда армии были включены лабораторные отделения (автолаборатории). Важное значение для организации специализированной медицинской помощи имело введение штатных должностей корпусного хирурга, хирурга армии, терапевта-токсиколога армии, главных хирургов фронта, главного терапевта-токсиколога фронта.

Приобретенный медицинской службой Красной Армии богатый опыт дал много нового и ценного в области военно-полевой хирургии. Этот опыт прежде всего со всей убедительностью показал, что боевая обстановка позволяет обеспечить оказание квалифицированной помощи большинству раненых в учреждениях, развернутых в войсковом тыловом районе (ДМП и полевые госпитали). Получила окончательное решение очень важная для военно-полевой хирургии проблема первичной хирургической обработки огнестрельной раны. Многочисленные наблюдения неопровержимо свидетельствовали об опасности для жизни раненого и недопустимости в военно-полевой хирургической практике зашивания огнестрельной раны сразу же после ее обработки. Наложение первичного шва на огнестрельную рану было официально запрещено во время советско-финляндской войны специальным «Письмом к хирургам войскового района» за подписями Е. И. Смирнова, Н. Н. Бурденко, С. С. Гирголава и П. А. Куприянова, разосланном в январе 1940 г. всем хирургам Красной Армии.

Запрещение первичного шва огнестрельной раны в тот период было правильным и своевременным решением, ибо тогда в руках хирургов не имелось бактериостатических средств, применение которых могло бы задержать размножение микробов, оставшихся в ране после хирургической обработки. Необходимо учитывать также и то, что качество первичной хирургической обработки ран не могло зачастую быть тогда высоким, ввиду отсутствия у большинства хирургов опыта лечения огнестрельных ранений в военно-полевых условиях. Запрещение первичного шва сохраняло свою силу во все время войны.

На основе опыта минувших боевых операций были внесены необходимые коррективы в организацию специализированной медицинской помощи на театре военных действий. Было установлено, что условия работы войсковых этапов медицинской эвакуации исключают возможность полноценного оказания такой помощи. Вместе с тем хи-

рурги пришли к заключению, что выполнение специализированных хирургических вмешательств можно отнести на более поздние сроки. Оба эти обстоятельства дали основание отнести оказание всех видов специализированной медицинской помощи в лечебные учреждения армейского и даже фронтового тыловых районов.

Вопросы организации специализированной медицинской помощи различным категориям раненых с исчерпывающей полнотой освещались в работах В. И. Воячека «Основные принципы лечения лортравмы по опыту войны с белофиннами» (1940), Д. А. Энтина «Об организации помощи и лечения челюстно-лицевых раненых на опыте боевых операций у реки Халхин-Гол и в Финляндии» (1940), А. И. Васильева «Критическая оценка оказания помощи урологическим раненым в прифронтовой полосе в период войны с белофиннами» (1941), И. Л. Крупко «Лечение огнестрельных повреждений конечностей долгосрочной гипсовой повязкой» (1940) и в других трудах советских военных медиков — участников минувших боевых столкновений.

Опыт хирургической работы в прошедших боевых операциях был обобщен в «Указаниях по военно-полевой хирургии», написанных под руководством Н. Н. Бурденко. Огромное значение этого документа заключалось в том, что в нем впервые в истории советской военной медицины в официальном порядке устанавливались единые методы и единая тактика как в организации, так и в характере и объеме хирургической помощи на этапах медицинской эвакуации.

Этот документ, опубликованный в июле 1941 г., сразу же после начала Великой Отечественной войны, действовал на всем ее протяжении и трижды переиздавался в годы войны с изменениями и дополнениями, вносимыми в соответствии с непрерывно накапливавшимся боевым опытом советских военно-полевых хирургов. «Указания» обусловили единое понимание принципов хирургической работы в полевой медицинской службе Советских Вооруженных Сил.

На основе полученного опыта хирургической работы в условиях боевой обстановки П. А. Куприяновым совместно с С. И. Банайтисом, а также М. Н. Ахутиным и Н. Н. Еланским были написаны учебники и руководства по военно-полевой хирургии (учебник Н. Н. Еланского за годы Великой Отечественной войны переиздавался четырежды).

С выходом в свет этих книг, как справедливо отмечал С. С. Гирголав, в нашей стране «...впервые появились в полной мере современные учебники военно-полевой хирургии, в которых организационные и лечебно-хирургические задачи взаимно переплетаются и стоят в полной зависимости от главнейшего фактора — от боевой обстановки»¹.

Опыт работы военно-медицинской службы в условиях боевой обстановки со всей очевидностью выявил большую роль, которую играют терапевты в медицинском обеспечении войск. «Давно-давно, — говорил в своих выступлениях на заседаниях терапевтических обществ Москвы и Ленинграда в 1940 г. Е. И. Смирнов, — стучится в двери ме-

¹ С. С. Гирголав. Подготовка кадров военно-полевых хирургов за 25 лет. «Военно-санитарное дело», 1942, № 11—12.

дицинских учреждений нашей страны военно-полевая терапия, нужно ее пустить, открыть ей двери, познакомиться с ней внимательно»¹. Боевые операции Красной Армии конца 30-х годов, и особенно советско-финляндская война, дали мощный толчок для организационного оформления военно-полевой терапии как отрасли научных и практических военно-медицинских знаний, а также предмета преподавания.

Но это оформление завершилось уже в начале Великой Отечественной войны. Это в равной мере относилось и к ряду мероприятий по перестройке полевой медицинской службы Красной Армии, которые осуществлялись на основе опыта минувших боевых операций и не были реализованы в связи с внезапно начавшейся Великой Отечественной войной. Такими мероприятиями, в частности, являлось создание госпиталей для легкораненых (ГЛР) и сортировочных госпиталей в госпитальных базах, а также увеличение санитарно-транспортных средств.

Не был окончательно доработан и порядок эвакуации раненых и больных по назначению из войсковых этапов медицинской эвакуации, поскольку в организации специализированной медицинской помощи в армейском тылу оставалось еще много нерешенных задач. Не была завершена и разработка «Наставления по санитарной службе Красной Армии». Этот важный документ в виде проекта был выпущен в свет уже после начала Великой Отечественной войны.

И, что самое главное, медицинской службе Красной Армии не удалось подготовить надлежащим образом свои руководящие кадры. Период между советско-финляндской и Великой Отечественной войнами был слишком короток, чтобы медицинский состав Красной Армии имел возможность в полной мере освоить во всем его разнообразии полученный медицинской службой богатый боевой опыт, глубоко осмыслить происшедшие изменения в полевой военно-медицинской организации и в методах работы в условиях боевой обстановки.

Все эти важные для медицинского обеспечения задачи пришлось решать уже во время Великой Отечественной войны 1941—1945 гг., в ходе которой продолжалось дальнейшее развитие медицинской службы Красной Армии, в равной мере как и совершенствование организационных форм и методов ее работы в боевых условиях.

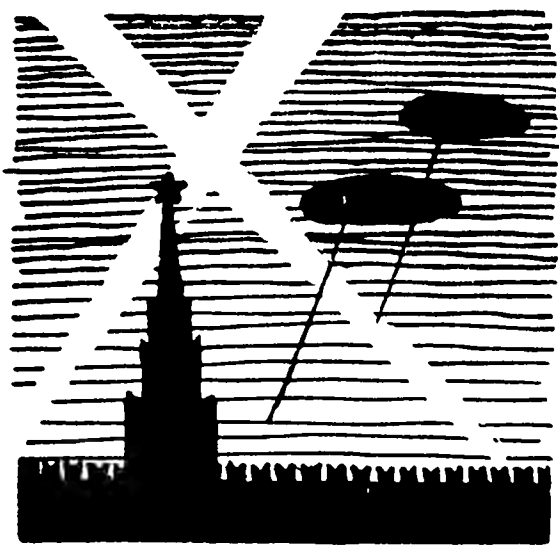
¹ Н. С. Молчанов. Роль терапевтических клиник Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова в формировании и развитии военной терапии. «Военно-медицинский журнал», 1949, № 4, стр. 33.



1941-1942

Глава IV

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КРАСНОЙ АРМИИ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (22 ИЮНЯ 1941 г. — 19 НОЯБРЯ 1942 г.)



22 июня 1941 г. мирное социалистическое строительство в нашей стране было прервано военным нападением на СССР фашистской Германии. Началась Великая Отечественная

война советских людей против немецко-фашистских захватчиков. Советский народ, руководимый и вдохновляемый Коммунистической партией, поднялся на решительную борьбу с сильным и коварным врагом, со всей глубиной сознавая, какая смертельная опасность нависла над социалистической Родиной. Война приобрела всенародный характер.

Предпринимая поход на Восток, правящие круги фашистской Германии рассчитывали на быстрый успех. Они планировали завоевать нашу страну за какие-нибудь 1½—2 месяца. Но уже вскоре после начала войны стало ясно, что этот план обречен на провал. В ходе боевых действий сопротивление Советских Вооруженных Сил, вопреки ожиданию немецко-фашистского командования, не только не прекращалось, а, наоборот, с каждым днем все более возрастало. На фронте повсеместно шли ожесточенные бои. Враг нес огромные потери. Однако Красная Армия под давлением превосходящих сил противника вынуждена была отступать. Немецко-фашистские войска все глубже продвигались по советской земле. Враг перерезал железную дорогу на Мурманск, сомкнул кольцо блокады вокруг Ленинграда, на юге захватил Ростов-на-Дону, а на центральном направлении вел бои на ближних подступах к Москве.

Воины Красной Армии проявляли подлинные образцы мужества и героизма, упорно отстаивая каждую пядь советской земли. Большой урон врагу наносили славные партизаны. В партизанском движении, широко развернувшемся на временно оккупированной противником территории, принимали участие многие тысячи советских людей — горячих патриотов своей Родины. Немецко-фашистские войска, встречая упорное сопротивление Красной Армии, все более замедляли свое продвижение на восток. В конце ноября и начале декабря линия фронта стабилизировалась. К этому времени передовые немецко-фашистские части находились от Москвы в 25—30 км. Но дальше продвинуться они не смогли, а 5—6 декабря 1941 г. войска Красной Армии перешли под Москвой в мощное контрнаступление. В завязавшихся ожесточенных боях советские войска в первые же дни сражения прорвали оборону противника и, ломая его сопротивление на промежуточных рубежах и опорных пунктах, начали успешно продвигаться вперед, нанося огромные потери врагу в живой силе и технике.

В это же время, когда под Москвой готовился, а затем был нанесен сокрушительный удар по противнику, развернулись успешные

наступательные действия Красной Армии под Тихвином и Ростовом-на-Дону. За 4 зимних месяца немецко-фашистские захватчики в полосе боевых действий советских войск были отброшены на запад на 150—400 км. Это было первое крупное военное поражение в истории фашистской Германии. Успешные наступательные операции Красной Армии зимой 1941—1942 гг. развеяли миф о непобедимости немецко-фашистской армии.

Но враг располагал еще огромными силами и сохранял способность к ведению наступательных операций. В июне 1942 г. немецко-фашистские войска снова перешли в наступление. Однако на этот раз гитлеровское командование, не имея возможности вести наступательные действия по всему советско-германскому фронту, решило нанести удар на одном лишь юго-западном направлении. Советские войска под натиском превосходящих сил врага начали с тяжелыми боями отходить на юго-восток. Противник был остановлен только в предгорьях Кавказа, на Дону и в районе Сталинграда. Здесь, у великой русской реки Волги, с июля 1942 г. до начала февраля 1943 г. происходила гигантская битва, закончившаяся полным разгромом мощной ударной группировки гитлеровских войск.

19 ноября 1942 г. крупные силы Красной Армии, скрытно сосредоточенные северо-западнее и юго-западнее Сталинграда, перешли в решительное контрнаступление, имевшее целью окружение и уничтожение крупной группировки врага. С началом этой операции наступил второй период Великой Отечественной войны, характеризовавшийся переходом стратегической инициативы в ведении вооруженной борьбы к советским войскам.

Вместе со всем советским народом в борьбе со смертельным врагом нашей страны — фашистской Германией — беззаветно выполнял свой долг и медицинский состав Вооруженных Сил. В тесном сотрудничестве с органами гражданского здравоохранения военно-медицинская служба своей деятельностью по оказанию медицинской помощи, лечению раненых и больных воинов, возвращению максимального числа их в строй и обеспечению эпидемического благополучия войск способствовала сохранению и повышению боеспособности Красной Армии и Военно-Морского Флота.

Обстановка для развертывания работы по медицинскому обеспечению боевых действий Красной Армии, происходивших на огромном протяжении советско-германского фронта, была исключительно сложной. Медицинская служба Вооруженных Сил СССР вступила в войну в условиях внезапного начала военных действий, когда многие мероприятия, направленные на совершенствование системы медицинского обеспечения войск, о которых говорилось в предыдущей главе, были еще в значительной мере не завершены.

Лишь в июле 1941 г. вышел в свет проект «Наставления по санитарной службе Красной Армии», в котором излагались принципиальные вопросы медицинского обеспечения войск, выработанные на основе опыта советско-финляндской войны 1939—1940 гг. Основные положения организации лечебно-эвакуационного обеспечения действующей армии по взглядам, сложившимся к началу Великой Отечественной войны, показаны на схеме.

Чрезвычайно осложнили развертывание медицинской службы действующей армии неподготовленность пограничных военных округов к отражению внезапных и сильных ударов противника, что повлекло за собой вынужденный отход войск Красной Армии. Быстрое продвижение противника в глубь территории нашей страны привело к захвату им значительных запасов медицинского имущества, созданных в мирное время в приграничных районах. Около половины гарнизонных госпиталей, размещенных на территории Прибалтийского, Западного Особого и Киевского Особого военных округов, были вынуждены эвакуироваться в тыл, не имея возможности вывезти имущество, предназначенное для вновь формируемых лечеб-

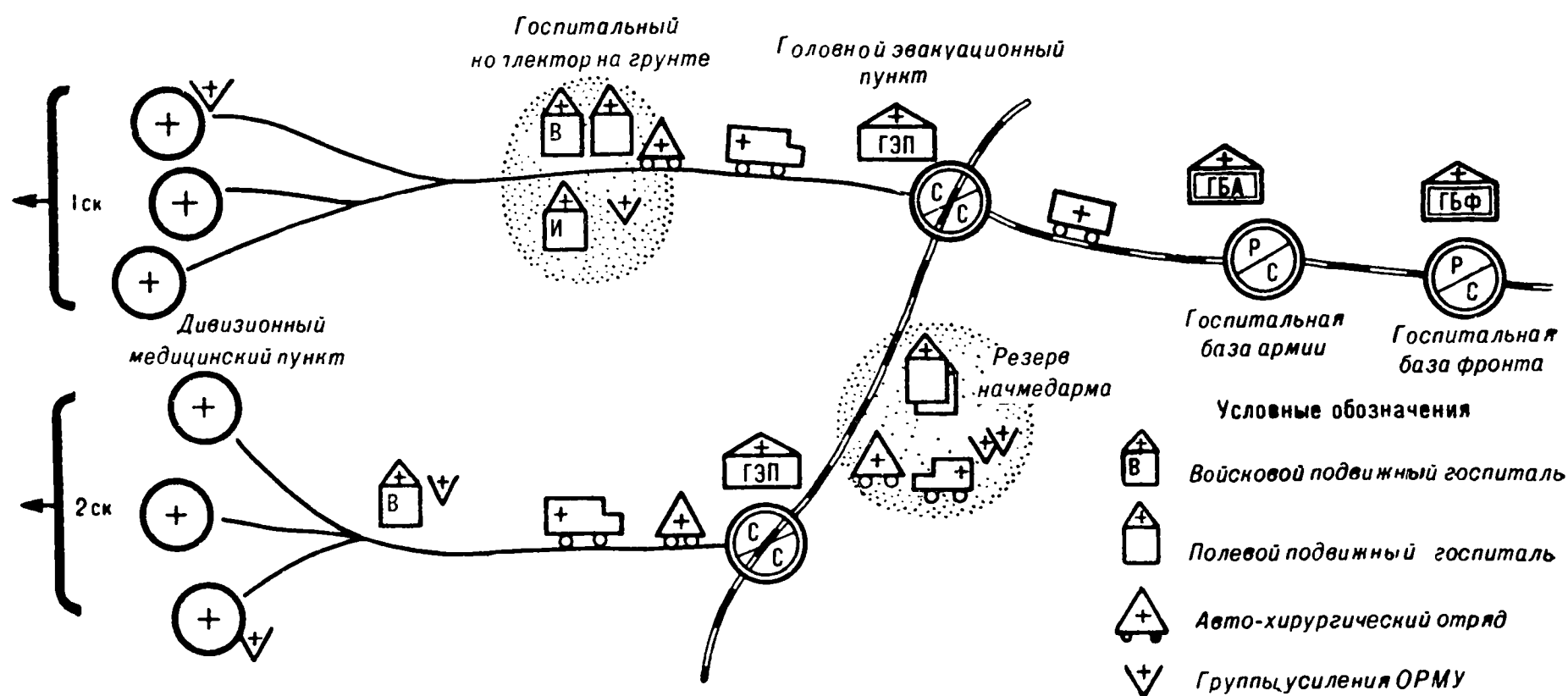


Схема организации лечебно-эвакуационного обеспечения действующей армии в начале Великой Отечественной войны.

ных учреждений. Часть госпиталей погибла при массированных бомбардировках или была захвачена врагом. Большое количество частей, учреждений и органов управления медицинской службой, которые предстояло сформировать на базе гарнизонных госпиталей, по этой причине развернуть не удалось. Об исключительно сложной обстановке, которая характеризовала условия развертывания средств медицинской службы действующей армии в первые дни войны, свидетельствует донесение Военно-санитарного управления Западного фронта от 30 июня 1941 г., направленное начальнику Санитарного управления Красной Армии. Вот что было сказано в этом донесении: «В процессе боевых действий все санитарные учреждения, дислоцированные на территории западной и частично восточной БССР, не отобилизовались. В результате фронт лишился 32 хирургических и 12 инфекционных госпиталей, 13 эвакоприемников, 7 управлений эвакопунктов, 3 автосанитарных рот, 3 санитарных складов, 3 управлений госпитальных баз армий, эвакогоспиталей на 17 тыс. коек и 35 других различных санитарных частей и учреждений. Имущество санитарных учреждений осталось в пунктах формирования и уничтожено пожарами и бомбардировками противника. Формируемые санитарные учреждения на территории восточной Белоруссии остались без имущества. В войсках и санитарных учреждениях фронта

большой недостаток в перевязочном материале, наркотических средствах и сыворотках»¹.

В результате этого по состоянию на 1 июля 1941 г. на Западном и Юго-западном фронтах было развернуто только 15,0% из числа запланированных к развертыванию с началом войны частей, учреждений и органов управления медицинской службой, предназначенных для ее войскового и армейского звеньев.

Даже спустя месяц с лишним после начала войны медицинская служба Красной Армии имела большой некомплект полевых медицинских учреждений и органов управления медицинской службой.

Так, на 1/VIII 1941 г. недоставало (по отношению к плану): полевых подвижных госпиталей — 40,1%, автохирургических отрядов — 52,2%, автосанитарных рот — 48,8%, управлений полевых эвакуационных пунктов — 44,8%.

Многие медицинские учреждения, направленные на фронт из тыла страны, зачастую не могли попасть в пункты своего предназначения вследствие того, что последние уже были захвачены противником. Переадресовка этих учреждений происходила крайне медленно из-за серьезных нарушений, а на ряде направлений и полной потери управления медицинской службой. В результате многие из сформированных полевых медицинских учреждений бездействовали, хотя на фронте в них ощущалась острая потребность.

Наглядным примером этого может служить обстановка, сложившаяся 17 июля 1941 г. на железнодорожной станции Сухиничи (Западный фронт). Здесь в эшелонах находились 13 полевых подвижных госпиталей и более 10 других учреждений и органов управления медицинской службой. Отправка всех этих формирований задержалась на станции до 28 июля, в чем немалую роль сыграла неизвестность маршрутов их дальнейшего следования².

23 и 26 VII 1941 г. начальник Военно-санитарного управления Западного фронта бригаврач М. М. Гурвич донес начальнику Санитарного управления Красной Армии, что на территорию фронта прибывают в большом количестве выгруженные на случайных железнодорожных станциях различные медицинские учреждения, не знающие своего предназначения. Начальник ВСУ фронта просил срочно сообщить, «...что и для кого прислано»³.

О том, насколько ограниченным был состав сил и средств медицинской службы действующей армии в начале войны, можно судить на основании следующих фактов. К началу Смоленского оборонительного сражения (июль — август 1941 г.) в армиях Западного фронта имелось менее $\frac{1}{3}$ необходимых им частей и учреждений медицинской службы. В армиях Северо-западного фронта примерно в тот же период насчитывалось в среднем по 700—900 коек и по 1000 мест в эвакуационниках, а госпитальная база фронта в июле 1941 г. располагала всего лишь 1800 койками. Даже к началу контрнаступления под Москвой, т. е. через $5\frac{1}{2}$ месяцев после начала

¹ Архив МО СССР, ф. 208, оп. 2454, д. 27, л. 147.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 4064, д. 26, л. 124.

³ Архив ВММ, ф. 1, оп. 4064, д. 3, лл. 39—42.

войны, в армиях Западного и Калининского фронтов было в среднем развернуто по 2500—3000 коек и мест.

Тяжелая обстановка с обеспеченностью действующей армии госпитальной коечной сетью в немалой степени была вызвана тем, что значительная часть сформированных лечебных учреждений не работала. Многие из них в связи с продвижением немецко-фашистских войск в глубь страны находились в процессе перебазирования с запада на восток, главным образом, в Сибирь и Среднюю Азию. Всего в тыл страны на 20 декабря 1941 г. была перемещена почти $\frac{1}{3}$ госпитального коечного фонда, которым располагали органы гражданского здравоохранения и медицинская служба Красной Армии. При этом перемещавшиеся с запада на восток госпитали бездействовали не только в пути следования (а это, как правило, занимало несколько недель), но значительная часть их не функционировала и по прибытии к новому месту назначения, главным образом из-за отсутствия помещений и недостатка материальных ресурсов. По состоянию на 20 декабря 1941 г. бездействовало более 175 000 коек, из которых 66 000 находились в пути, а 109 000 прибыли к новому месту назначения, но еще не были развернуты¹.

В ряде армий в первые месяцы войны совершенно отсутствовали санитарно-транспортные подразделения (18-я армия Южного фронта, 20-я армия Западного фронта). В июле — августе 1941 г. средняя укомплектованность санитарными автомобилями Западного фронта составляла 40 %, а Южного — около 50 %.

Вследствие эвакуации предприятий химико-фармацевтической промышленности и недостатка сырья резко уменьшилось или вовсе прекратилось производство многих видов медицинского имущества и медикаментов. Обеспеченность Красной Армии многими предметами медицинского снабжения находилась на низком уровне. Так, в начале войны потребность Северо-западного фронта в палатках УСБ-41 в среднем была удовлетворена только на 20 %. Некоторые учреждения прибывали на фронт настолько плохо снабженными медицинским имуществом, что практически были неработоспособными².

Неблагополучно обстояло дело и с укомплектованностью медицинскими кадрами. На Западном фронте общий некомплект врачебного состава на 12 июля 1941 г. равнялся 50 %. Исключительно тяжелым было положение с санитарями, санитарями-носильщиками и санитарными инструкторами. В начале войны эти должности укомплектовывались, как правило, лицами, слабо подготовленными к выполнению своих обязанностей. К тому же штат санитаров, санитаров-носильщиков и санитарных инструкторов был весьма малочисленным.

В силу всех изложенных выше обстоятельств основную роль в медицинском обеспечении войск Красной Армии в начальный период войны на решающих направлениях советско-германского фронта играли полковые медицинские пункты, медико-санитарные батальоны дивизий, немногочисленные, сформированные еще до войны в по-

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47165, д. 17, л. 242.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 35488, д. 62, л. 73.

граничных военных округах, кадровые полевые подвижные и гарнизонные госпитали. Укомплектованные в большинстве своем по штату мирного времени, т. е., располагая личным составом, имуществом и транспортом в явно недостаточном количестве для работы в условиях боевой обстановки, эти части и учреждения медицинской службы вынуждены были решать внезапно возникшие перед ними боевые задачи в исключительно тяжелых условиях. Им пришлось выполнять огромную по объему работу, в несколько раз превышавшую штат-



На полковом медицинском пункте. Северо-западный фронт, 1941 г.

ные возможности. Так, в Тарнопольский гарнизонный госпиталь со штатной емкостью 200 коек, только за 5 суток (с 22 по 27 июня 1941 г.) поступило в общей сложности около 5000 раненых. Один из госпиталей 6-й армии Юго-западного фронта (ППГ № 64) за 3 месяца войны (с 29 июня по 30 сентября 1941 г.) 19 раз менял свою дислокацию. Неоднократно подвергаясь артиллерийским обстрелам и налетам вражеской авиации, этот госпиталь смог развернуть свою работу только в 10 пунктах из 19, но, тем не менее обеспечил оказание медицинской помощи 17 500 раненым и больным¹.

В ряде случаев обстановка вынуждала использовать для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных местную гражданскую коечную сеть. На Северо-западном фронте, где в пер-

¹ Д. Д. Кувшинский. Героический подвиг военных медиков в годы Великой Отечественной войны. «Военно-медицинский журнал», 1965, № 4, стр. 4.

вые дни войны совершенно отсутствовали полевые подвижные госпитали, пришлось 26 июня 1941 г. организовать на базе местной больницы в г. Резекне нештатный эвакуационник. Это было единственное учреждение, которое в период 27—29 июня принимало раненых из войск фронта с рубежа р. Даугава. Здесь нуждающимся раненым оказывали хирургическую помощь, после чего их эвакуировали на импровизированной железнодорожной санитарной «летучке» в Остров и Псков. Впоследствии это импровизированное лечебное учреждение было преобразовано в полевой подвижный госпиталь № 27.

В первые же дни войны тяжелая обстановка с госпитальной коечной сетью сложилась не только в прифронтовых районах, но и в тылу страны, хотя там уже к 12 июля медицинская служба имела примерно такое количество коек эвакуационных госпиталей, какое и было предусмотрено планом. Однако, этот коечный фонд далеко не удовлетворял потребности действующей армии. Поэтому Государственный Комитет Обороны СССР уже 7 июля 1941 г. был вынужден принять по ходатайству Санитарного управления Красной Армии решение о дополнительном развертывании госпитальной коечной сети, общая емкость которой более чем в 1,6 раза превышала предвоенные планы. Выполнение этого решения затянулось на несколько месяцев и закончилось лишь в мае 1942 г. Полезно в связи со сказанным вспомнить, что незадолго перед войной Санитарное управление Красной Армии предлагало развернуть почти в 2,5 раза больше коек эвакуационных госпиталей, чем это намечалось Генеральным штабом. Однако эти достаточно хорошо аргументированные расчеты не были тогда приняты во внимание.

Расширение коечной сети в тылу страны, к сожалению, не сопровождалось увеличением количества органов руководства ею. К 1 декабря 1941 г. количество управлений эвакуационных пунктов соответствовало первоначальному расчету, в то время как общий госпитальный коечный фонд к тому времени уже более, чем вдвое превышал контрольные цифры предвоенного плана¹. Такое положение чрезвычайно осложняло руководство госпиталями и организацию их материально-технического обеспечения, что затруднялось в значительной степени также сложностью системы управления эвакуационными госпиталями в связи с их принадлежностью трем различным ведомствам — Наркомздраву, Наркомату Обороны и ВЦСПС.

Взаимоотношения между этими ведомствами в вопросах, связанных с руководством подчиненными лечебными учреждениями, были в принципе определены только 22 сентября 1941 г. постановлением Государственного Комитета Обороны, согласно которому все эвакуационные госпитали, включаемые в состав госпитальных баз тыла страны, были переданы в ведение Народного комиссариата здравоохранения СССР². Разграничив между гражданской и военной администрациями функции по организации и руководству коечной сетью в тылу страны, это постановление несомненно упорядочило работу госпитальных баз тыла. Оно также способствовало тому, что

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 1401, д. 5, л. 215.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 47165, д. 17, л. 324.

вся система здравоохранения нашей страны и ее силы и средства были привлечены к активному участию в медицинском обслуживании раненых и больных воинов Красной Армии и Военно-Морского Флота. Но коренных, принципиальных изменений самой системы управления эвакуационными госпиталями постановление ГКО не внесло. До самого конца войны параллелизм в руководстве их работой со стороны органов управления Наркомата Обороны — управлений распределительных (местных) эвакуационных пунктов и управлений (отделов) эвакуационных госпиталей, созданных в составе местных органов гражданского здравоохранения (республиканских, краевых, областных, городских) устранить так и не удалось.

Начальный период войны выявил необходимость в реорганизации органов тыла Красной Армии в направлении объединения различных сторон тылового обеспечения под единым руководством. 28 июля 1941 г. было принято решение ГКО о создании органов руководства тылом (штаба тыла) в центре и на фронтах и об учреждении должности начальника тыла. Этим же решением медицинская служба была включена в состав органов тыла с подчинением ее соответствующим начальникам тыла. Этот порядок подчинения не был введен лишь в полку, медицинская служба которого по-прежнему оставалась в непосредственном подчинении командира полка.

* * *

Стремительное продвижение немецко-фашистских войск на восток и захват ими ряда важнейших экономических районов нашей Родины поставили Советское государство в трудное положение. Нужно было во что бы то ни стало остановить врага, мобилизовать моральные и материальные ресурсы страны и обрушить на него всю мощь Советского государства. Достигнуть этого можно было только ценой невероятного напряжения сил всего советского народа и предельного привлечения материальных резервов страны для удовлетворения нужд Красной Армии. «Все для фронта — все для победы» — такова была воля советского народа, поднятого Коммунистической партией на смертельную борьбу с фашистской Германией и ее союзниками.

В связи с серьезным ухудшением военно-хозяйственного положения нашей страны в результате оккупации противником значительной части европейской территории Советского Союза, что повлекло за собой и определенные трудности в комплектовании Красной Армии личным составом и техникой, требовалось особенно экономное и максимально эффективное расходование наличных людских и материальных ресурсов. Вместе с тем нужно было внести ряд изменений в организацию и состав войск и тыловых органов, обусловленных маневренным характером боевых действий, развернувшихся в начальном периоде войны. В частности, ГКО было принято решение о значительном сокращении численности тыловых частей и учреждений Красной Армии.

Эта организационная перестройка, осуществленная в летне-осеннюю кампанию 1941 г. и зимнюю кампанию 1942 г., существенно

затронула и медицинскую службу. Некоторые медицинские учреждения, части и органы управления были вообще упразднены, другие — подверглись существенной реорганизации с сокращением штатов и табельных норм медицинского оснащения. В числе упраздненных оказались автохирургические отряды и управления госпитальных баз армий. Из штата медико-санитарного батальона были исключены госпитальная рота и отделение сбора и хирургической обработки легкораненых; вместо 45 грузовых и санитарных автомобилей в медико-санитарном батальоне осталось всего 15 машин¹.

В результате проведенной реорганизации войсковой медицинской службы была значительно сокращена численность ее личного состава. Например, количество врачей в дивизии уменьшилось с 45 до 27 (главным образом за счет МСБ, где имелось 24 врача, а осталось 12), а общий вес табельного имущества медико-санитарного батальона уменьшился более, чем в 2 раза. Существенной реорганизации подверглись также армейские и фронтовые средства медицинской службы. Вместо двух типов полевых подвижных госпиталей — войсковых и армейских (ВПГ и АПГ) был создан единый полевой подвижный госпиталь (ППГ) с гораздо меньшим штатом; при этом некоторое количество таких госпиталей было сформировано не на автомобильной, а на конной тяге. Были также уменьшены штатные нормативы личного состава в эвакогоспиталях НКО. Армейские и фронтовые автосанитарные роты (АСР) были переформированы из трехвзводных в двухвзводные с 48 машинами² вместо 72. В этот же период штатная численность ОРМУ была сокращена наполовину (осталось 12 групп вместо 24).

Но обстановка начального периода войны обусловила не только сокращение численности медицинского состава и упразднение некоторых медицинских частей и учреждений. В это же время были созданы и некоторые новые медицинские формирования. Еще в 1941 г. были срочно сформированы госпитали для лечения легкораненых (ГЛР), острая потребность в которых обусловила необходимость выделения на ряде фронтов (Западный, Калининский, Северо-западный) нештатных госпиталей такого типа. Для проведения противоэпидемических мероприятий на коммуникациях были включены в состав медицинских учреждений санитарно-контрольные пункты (СКП).

В связи с изъятием автодушевых установок и подвижных дезинфекционных камер из штатов войсковой медицинской службы из-за невозможности снабдить войска нужным количеством этой обмывочно-дезинфекционной техники, возникли трудности с систематическим банным обслуживанием личного состава войск, находящихся в боевых порядках. Поэтому в начале 1942 г. были созданы небольшие подвижные формирования, оснащенные примитивной техникой (кипяильники, разборные сухожаровые дезкамеры), — полевые банные отряды. Эти отряды могли легко выдвигаться непосредственно в боевые порядки войск и обеспечивать в подразделениях полков санитарную обработку их личного состава. Учитывая резкое сокра-

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 35486, д. 23, лл. 265, 294.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 35485, д. 13, л. 272.

щение автомобильного санитарного транспорта, потребовалось хотя бы несколько компенсировать этот ущерб путем создания нового, отсутствовавшего ранее в штатах медицинской службы, формирования — конно-санитарной роты (КСР).

В результате проведенных мероприятий была упрощена организационно-штатная структура медицинской службы, стали более гибкими ее органы управления, а полевые медицинские учреждения — менее громоздкими. Такие качества были необходимы для действия в условиях маневренной войны. Однако следует отметить, что в связи со значительным сокращением автомобильного транспорта в штатах медицинских частей и учреждений подвижность сил и средств медицинской службы стала более низкой и далеко не полностью отвечала требованиям обстановки, сложившейся в первый период войны. Весьма отрицательно сказалось на работе полевой медицинской службы и сокращение числа санитаров и санитаров-носильщиков. В результате этого значительно усложнилась организация выноса раненых с поля боя, возникли большие трудности в обслуживании раненых и больных, госпитализированных в лечебных учреждениях.

Одна из важнейших задач, которую нужно было решить при развертывании медицинской службы действующей армии, это обеспечение формируемых медицинских частей и учреждений медицинским составом. С этой целью, помимо призыва на военную службу приписного состава, находившегося в запасе, были произведены досрочные выпуски двух последних курсов военно-медицинских академий и факультетов. Такие же досрочные выпуски были произведены и гражданскими медицинскими вузами. В дальнейшем высшие медицинские учебные заведения перешли на ускоренные выпуски врачей с четырехлетним сроком обучения без выдачи врачебного диплома (выпуски так называемых зауряд-врачей). В октябре 1941 г. было организовано 5 школ младших военфельдшеров с 7-месячным сроком обучения. В округах и на фронтах создавались школы санитарных инструкторов, а также курсы, где готовились врачи-специалисты и велась переподготовка врачей запаса.

Крайне неблагоприятная обстановка сложилась в первом периоде войны для работы военно-медицинских учебных заведений. Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова была эвакуирована из блокированного Ленинграда в Самарканд, где ей пришлось развертывать свою работу на весьма суженной учебно-материальной базе. Значительная часть постоянного состава академии осталась в Ленинграде, так как на базе ее клиник были развернуты госпитали Ленинградского фронта. Были также эвакуированы из Ленинграда Военно-морская медицинская академия — в Киров и Ленинградское военно-медицинское (фельдшерское) училище — в Омск. В конце 1942 г. была расформирована Куйбышевская военно-медицинская академия; часть ее личного состава была направлена в Самарканд на доукомплектование Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова.

И все же, несмотря на исключительно большие трудности, академии продолжали выполнять свои важные задачи в области подготовки кадровых военных врачей. Учебные планы и программы обучения слушателей были перестроены соответственно потребностям

военного времени; академии перешли на сокращенные сроки подготовки врачей. В течение первого периода войны было произведено три выпуска слушателей, в результате которых Красная Армия и Военно-Морской Флот получили весьма ощутимое пополнение молодых кадровых военных врачей.

Еще большее значение для развертывания деятельности медицинской службы Красной Армии и Военно-Морского Флота имело направление высококвалифицированных специалистов — профессоров и преподавателей академий — на руководящую работу в Главное военно-санитарное управление, на фронты и флоты. Их опыт и знания позволили быстрее завершить период организационного становления и развертывания медицинской службы Красной Армии и Военно-Морского Флота по штатам военного времени и организовать медицинское обеспечение войск на подлинно научной основе.

Все эти меры, предпринятые для наиболее полного укомплектования медицинской службы личным составом, принесли свои положительные результаты. Уже через год войны Красная Армия была в среднем укомплектована врачами на 91%, фельдшерами — на 97,9%, санитарными инструкторами — на 91,8% и фармацевтами — на 89,5%¹. Однако по-прежнему нехватало врачей-специалистов; степень укомплектованности штатных должностей составляла: хирургов — 50%, токсикологов — 57,7%, эпидемиологов — 84,2%².

Руководство медицинской службой Красной Армии прилагало большие усилия к увеличению как общего количества госпиталей, так и коечной сети страны в целом. С января по декабрь 1942 г. госпитальная коечная сеть расширилась более чем на 36%³. Это расширение происходило главным образом за счет роста числа полевых подвижных госпиталей, а также в результате формирования значительного числа госпиталей для лечения легкораненых, поскольку их штатная емкость была рассчитана на 1 000 коек, а развертывались они в основном на базе эвакогоспиталей меньшей коечной емкости.

Однако количество коек эвакогоспиталей возрастало только в течение первой половины 1942 г., а затем начало уменьшаться. Это уменьшение частично можно объяснить потерей медицинской службой некоторого числа эвакогоспиталей летом 1942 г. в результате отхода Красной Армии на юге страны. Но особенно ощутимым для медицинской службы оказалось сокращение количества госпиталей в соответствии с постановлением ГКО от 28 июля 1942 г., согласно которому предусматривалось уменьшить общую коечную емкость эвакуационных госпиталей почти на 40%. Кроме того, Наркомат обороны должен был передать в Наркомздрав 310 госпиталей, развернутых в прифронтовых районах. Это составляло около 17% всего коечного фонда, которым располагали эвакогоспитали⁴.

Указанное постановление ГКО было принято по инициативе и докладу заместителя Народного комиссара Обороны Е. А. Щаденко, который использовал данные о наличии значительного числа незаня-

¹ Архив ВММ, оп. 47166, д. 174, лл. 336, 354.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 47166, д. 174, л. 344.

³ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47166, д. 11, л. 307.

⁴ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47165, д. 17, л. 243.

тых госпитальных коек страны, что явилось следствием временного уменьшения масштаба и напряженности боевых действий весной 1942 г., когда обе воюющие стороны накапливали силы и средства для последующих операций. Ошибочно считая, что такая недогрузка свидетельствует о чрезмерном разрастании коечной сети страны, Е. А. Щаденко стремился путем ее сокращения высвободить для государства определенные материальные и людские ресурсы. Руководство медицинской службой Красной Армии, учитывая огромные экономические трудности, переживаемые страной, соглашалось на временное сокращение коечной сети, но в гораздо меньшем размере, чем это предлагал Е. А. Щаденко. Однако соображения ГВСУ не были приняты во внимание.

Жизнь вскоре доказала неправомерность такого сокращения коечной сети. Прошло совсем немного времени с начала расформирования и свертывания госпиталей, как в госпитальных базах тыла страны стал ощущаться недостаток в койках. Этот недостаток непрерывно нарастал по мере того, как в ходе летне-осенней кампании 1942 г. боевые действия на фронтах становились все более и более ожесточенными. Создавшаяся обстановка потребовала сначала вовсе прекратить сокращение коечной сети эвакогоспиталей, а затем принять специальное постановление ГКО, согласно которому Наркомздраву надлежало вновь развернуть к 15 января 1943 г. 5000 коек¹.

В ходе первого периода войны произошли значительные изменения в распределении коечной сети между действующей армией и тылом страны. Если на 1 августа 1941 г. в армейском тыловом районе было развернуто 9,1%, во фронтовом — 22,8%, а во внутреннем тыловом — 68,1% всего госпитального коечного фонда страны, то в сентябре 1942 г. эти показатели соответственно равнялись 16,4%, 35,3% и 48,3%. Несколько увеличилось число полевых подвижных госпиталей и в госпитальных базах фронтов. Но их было там еще очень мало. В начале летне-осенней кампании 1942 г. насчитывалось в среднем всего 7% полевых подвижных госпиталей к числу всех фронтовых лечебных учреждений.

В зимнюю и летне-осеннюю кампании 1942 г. несколько возросло количество штатных санитарно-транспортных средств медицинской службы, а также расширился их состав. Так, например, вместо 57 автосанитарных рот, которыми располагала медицинская служба на 1 января 1942 г., по состоянию на 1 декабря 1942 г. их стало 85. Кроме того, в составе медицинской службы на это же число имелось 75 конносанитарных рот. Произошли существенные изменения и в составе железнодорожных санитарно-транспортных средств. Хотя количество постоянных и временных военно-санитарных поездов за этот период почти не изменилось (431 поезд вместо 418), но зато, начиная с февраля 1942 г., было сформировано 286 военно-санитарных «летучек». По-прежнему в распоряжении медицинской службы Красной Армии имелось крайне ограниченное количество авиасанитарных транспортных средств — всего 243 самолета, в то время как на 1 января 1942 г. их было 202.

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47165, д. 17, л. 245.

Медицинская служба продолжала испытывать значительные затруднения с санитарным транспортом, прежде всего с автомобильным. Помимо общего недостатка автосанитарных рот, эти трудности порождались большим некомплектом машин. К концу 1942 г. некомплект машин в автосанитарных ротах, например, достигал: на Брянском фронте — 21,5%, Воронежском — 42%, Донском — 38,5% ¹. К тому же много автомобилей и санитарных самолетов были неисправными ².

Постепенно повышался уровень обеспеченности Красной Армии предметами медицинского снабжения. Однако в связи с ограниченностью материальных ресурсов в стране, обусловленной огромным ущербом, нанесенным ее народному хозяйству немецко-фашистскими войсками, потребность Красной Армии во многих предметах медицинского снабжения удовлетворялась еще далеко не полностью. Представление об этом можно получить из табл. 5, в которой приведены данные о степени выполнения плана производства за первый год войны некоторых предметов медицинского снабжения ³.

Таблица 5

Выполнение плана производства предметов
медицинского снабжения за первый год войны

№ п/п	Наименование предметов	Выполнение плана в %
1	Кофеин в ампулах	87,1
2	Глюкоза в ампулах	61,3
3	„ „ порошке	95,3
4	Камфарное масло	65,1
5	Морфин в ампулах	41,6
6	Настойка йода	690,9
7	Йод кристаллический	147,2
8	Новокаин	108,0
9	Стрептоцид белый	74,0
10	Сульфидин	77,5
11	Бинты разные стерильные	62,2
12	Вата гигроскопическая	35,4
13	Кетгут	74,8
14	Наборы перевязочные малые	146,0
15	„ „ большие	74,0
16	„ „ операционные	129,0
17	Жгуты кровоостанавливающие	2,6
18	Комплект Б-1	48,4
19	„ Б-3	46,5

Важными факторами, определяющими организационные формы и содержание деятельности медицинской службы в военное время,

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 35488, д. 536, л. 198.
² Архив ВММ, ф. 1, оп. 35488, д. 601, л. 89.
³ Архив ВММ, ф. 1, оп. 35488, д. 62, л. 134.

являются размер и структура санитарных потерь личного состава армии. Однако в первый период войны сведения о санитарных потерях были далеко не всегда полными. Во время отступления Красной Армии сведения поступали нерегулярно, а в ряде случаев, например, при окружении отдельных группировок советских войск, вообще отсутствовали.

В 1942 г. больные в действующей армии составляли 34,1% общего количества всех санитарных потерь¹. За период с 22 июня 1941 г. по 1 января 1942 г. этот процент был равен 19,3. За год войны (с 22 июня 1941 г. по 22 июня 1942 г.) удельный вес тяжелораненых в Красной Армии составлял 27,6% от числа всех пораженных в боях. Эта цифра не совсем точна; тяжелораненых в действительности было больше, но значительная часть их не поступала на этапы медицинской эвакуации.

С началом войны со всей отчетливостью выявилось огромное значение единого понимания принципов медицинского обеспечения войск и методов оказания медицинской помощи и лечения, применяемых в лечебных учреждениях действующей армии. Это было связано с тем, что большинство врачей, призванных из запаса или направленных в армию сразу же после выпуска из гражданских медицинских институтов, было плохо знакомо с положениями, регламентирующими организацию и методы лечебной работы в армии в военное время. И хотя в результате энергичных мер, предпринятых Санитарным управлением Красной Армии, и усилий советских ученых-хирургов в июле 1941 г. были разработаны и вышли в свет «Указания по военно-полевой хирургии», а в августе того же года издана «Инструкция по методам хирургического лечения в тыловых госпиталях», потребовалось еще немало времени, чтобы принципы медицинского обеспечения Красной Армии и методы профилактической и лечебной работы, применяемые в военное время, которые было принято называть полевой военно-медицинской доктриной, стали достоянием всего врачебного состава армии. На протяжении первого периода войны врачи-специалисты и врачи-организаторы нередко прибегали к разной тактике, применяли разные методы при решении одинаковых по своему содержанию практических задач. Все зависело от того, к какой научной школе принадлежал тот или иной врач-специалист, каким личным опытом работы в полевых условиях он располагал.

Насколько широко было распространено такого рода явление и насколько важно было преодолеть имеющийся разноречивый в действиях медицинского состава свидетельствует специальная директива Главного военно-санитарного управления², направленная в декабре 1942 г. в срочном порядке (по прямому проводу) начальникам санитарных управлений фронтов. «Имею сведения, — говорилось в этой директиве, подписанной начальником ГВСУ Е. И. Смирновым, — что главные хирурги фронтов применяют методы лечения раненых, которые не предусмотрены нашими указаниями... Предлагаю: 1) за-

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47167, д. 11, л. 194.

² С сентября 1941 г. СУ КА было переименовано в ГВСУ КА.

претить отсебятину в военно-полевой хирургии; 2) всякое нововведение должно проводиться только с разрешения Главвоенсанупра»¹.

Эту же задачу преследовали и служебные письма начальника ГВСУ Е. И. Смирнова, которые были опубликованы и стали достоянием широкого круга военных врачей. Эти документы имели боль-

шое значение для правильного понимания медицинским составом своих задач и методов работы в соответствии с изменениями обстановки в ходе войны. Они помогали медицинскому составу установить единые взгляды на широкий круг проблем: о возможностях и сроках выноса раненых, районировании коечной сети согласно медицинским и оперативным показаниям, исчислении потребности госпитальных коек для армии и фронта, дислокации медицинских частей и учреждений, планировании медицинского обеспечения войск армии и фронта, о методах ведения санитарно - эпидемиологической разведки.

Еще более важную роль для научного становления системы и принципов медицин-

ского обеспечения Красной Армии и наиболее быстрого внедрения в практику положений единой полевой военно-медицинской доктрины сыграли пленумы Ученого медицинского совета при начальнике ГВСУ. В первом периоде войны было проведено два пленума — 5-й в феврале и 6-й — в августе 1942 г. На пленумах УМС были рассмотрены такие важнейшие проблемы военной медицины, как организационные основы медицинского обеспечения боевых действий Красной Армии, патогенез, клиника и лечение травматического шока, лечение легкораненых. Были подведены первые итоги деятельности медицинской службы Красной Армии на фронтах Великой Отечественной войны, намечены пути дальнейшего развития



Е. И. Смирнов. 1941 г.

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47267, д. 11, л. 194.

системы медицинского обеспечения войск, в частности, заложены принципиальные основы организации специализированной медицинской помощи.

Несмотря на крайне неблагоприятную обстановку для развития в стране науки, вызванную эвакуацией многих научно-исследовательских учреждений, и необходимостью развертывать их работу на новых, нередко плохо оснащенных базах, Коммунистическая партия и Советское правительство принимали все возможные меры к созданию условий для проведения необходимых научных исследований по



Члены Ученого медицинского совета при начальнике ГВСУ. Сидят (слева направо): В. В. Гориневская, В. Н. Шамов, М. И. Редькин, С. С. Гирголав, Н. Н. Бурденко, Е. И. Смирнов, Ю. Ю. Джанелидзе, В. Н. Шевкуненко, Н. Н. Аничков, Стоят (слева направо): Ю. В. Другов, Д. А. Энтин, В. С. Левит, Б. С. Дойников, Л. Г. Ратгауз, Н. Н. Еланский, А. Д. Сперанский, М. Н. Ахутин, С. И. Банайтис, П. А. Куприянов, Ф. Г. Кротков, И. А. Криворотов, С. С. Юдин, В. Н. Шейнис, Г. В. Крайванов.

наиболее актуальным проблемам науки, имеющим важное оборонное значение.

Эти меры не замедлили сказаться самым положительным образом на научной разработке ряда важных проблем военной медицины. Уже в первом периоде войны были достигнуты определенные успехи и получены первые положительные результаты научных исследований по патологии раны и методам ее лечения (И. В. Давыдовский, С. С. Гирголав), профилактике и терапии шока (А. В. Вишневский, Н. Н. Бурденко, И. Р. Петров, Э. А. Асратян и др.), по разработке новых профилактических и лечебных средств, в том числе вакцинных препаратов (Н. И. Александров, Н. А. Гайский, Н. Н. Гинсбург, П. Ф. Здродовский, И. И. Рогозин и др.).

Большое значение для последующего накопления и обобщения опыта советской военной медицины в Великой Отечественной войне

имело принятое в ноябре 1942 г. решение Советского правительства о создании Военно-медицинского музея Красной Армии. Это уникальное по своим задачам и размаху работы научное историко-медицинское учреждение позволило сосредоточить и сохранить для всесторонней научной разработки ценнейшие материалы, характеризующие различные стороны медицинского обеспечения Советских Вооруженных Сил в Великой Отечественной войне, значение которых трудно переоценить. Начальником Музея, много сделавшим для его первоначального становления и последующего развития, был назначен профессор Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова А. Н. Максименков.

Высокий научный уровень организуемых и проводимых лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий обеспечивался большим отрядом виднейших советских ученых-медиков, которые с первых дней войны находились на ответственных постах главных и фронтовых специалистов. Главным хирургом Красной Армии был академик Н. Н. Бурденко, его заместителями и помощниками — профессора С. С. Гирголав, В. Н. Шамоу, В. С. Левит, В. В. Гориневская, главным хирургом Военно-Морского Флота — Ю. Ю. Джанелидзе, главным терапевтом Красной Армии — М. С. Вовси, главным эпидемиологом — И. Д. Ионин, в последующем Т. Е. Болдырев, главным гигиенистом — Ф. Г. Кротков, главными хирургами фронтов были профессора М. Н. Ахутин, С. И. Банайтис, Е. А. Бок, А. А. Вишневский, Н. Н. Еланский, П. А. Куприянов, главными терапевтами фронтов — П. И. Егоров, Н. С. Молчанов, С. А. Поспелов, Э. М. Гельштейн и другие.

К руководству медицинской службой Красной Армии в центре и на фронтах были привлечены военно-медицинские начальники, обладавшие большим опытом работы на различных участках военно-медицинской организации. Многие из них имели также опыт руководства медицинским обеспечением войск в условиях боевых действий, приобретенный за время войны в Испании, где некоторые из советских военных врачей находились в составе интернациональных бригад республиканской армии, и особенно в период боевых действий на реке Халхин-Гол и советско-финляндской войны 1939—1940 гг. В их числе были М. М. Гурвич, Н. И. Завалишин, П. М. Журавлев, И. А. Ключсс, Л. Г. Ратгауз, С. А. Семека, Л. А. Ходорков и многие другие. Начальником Главного военно-санитарного управления в течение всей войны был Е. И. Смирнов, который внес большой вклад в совершенствование системы и методов медицинского обеспечения Красной Армии.

С первых же дней войны в медицинском обеспечении Красной Армии стала отчетливо проявляться такая отличительная особенность советского здравоохранения, как общественный характер проводимых мероприятий, основанный на добровольном участии трудящихся нашей страны в деле восстановления здоровья защитников Советской Родины. Вдохновителем и организатором всенародного патриотического движения, направленного на оказание всемерной помощи медицинской службе Красной Армии и органам гражданского здравоохранения в обслуживании и лечении раненых и больных советских

воинов, явилась Коммунистическая партия. Непосредственное руководство этим движением и координация действий участвующих в нем общественных организаций осуществлял Всесоюзный комитет помощи по обслуживанию больных и раненых бойцов и командиров Красной Армии, который имел свои органы на местах в виде аналогичных комитетов в союзных и автономных республиках, в краях, областях и районах.

Комитет был учрежден специальным решением ЦК ВКП(б) в октябре 1941 г. Он состоял непосредственно при Центральном Коми-



Шефы у раненых. Западный фронт, февраль 1942 г.

тете, возглавлялся одним из секретарей ЦК А. А. Андреевым и, объединяя в своем составе руководящих работников ряда ведомств и организаций (Наркомздрава, НКПС, ВЦСПС, ВЛКСМ, исполкома Красного Креста и Красного Полумесяца и др.), обладал широкими правами и большими возможностями по оказанию весьма ощутимой помощи медицинской службе Красной Армии и органам здравоохранения в решении стоявших перед ними задач по обслуживанию и лечению раненых и больных воинов.

Участие советской общественности в осуществлении этих задач проявлялось в весьма разнообразных формах. Широко практиковалось шефство предприятий, учреждений, совхозов и даже целых административных районов над госпиталями. Общественные организации принимали активное участие в подготовке медицинских кадров, сборе лекарственных трав, разгрузке и погрузке санитарного тран-

спорта, мобилизовывали трудящихся на сдачу крови лечебным учреждениям, оказывали помощь в уходе за тяжелоранеными и больными. Особенно велика была помощь в этом деле со стороны профсоюзных организаций и Общества Красного Креста и Красного Полумесяца.

Большую роль в постановке партийно-политического воспитания и культурно-массового обслуживания раненых воинов сыграло постановление ЦК ВКП(б) от 12 января 1942 г. «О партийно-политической работе в госпиталях Наркомздрава СССР». Этим постановлением все члены партии, работающие в госпиталях, в том числе и военнослужащие, передавались на учет в районные и городские комитеты ВКП(б). Местные партийные организации обязывались оказывать повседневную практическую помощь коммунистам и военным комиссарам госпиталей в их политико-воспитательной деятельности среди раненых и обслуживающего персонала.

К участию в этом деле привлекались широкие общественные массы трудящихся, комсомольские и пионерские организации. Раненые регулярно получали информацию о положении на фронтах, в стране. Большое внимание уделялось налаживанию их переписки с родными, с предприятиями, где они работали до армии, и с частями, в которых они воевали. В госпиталях систематически демонстрировались кинокартины, выступали артисты и шефские коллективы художественной самодеятельности. Все это поднимало настроение раненых, укрепляло их дух, способствовало быстрейшему выздоровлению, вызывало стремление скорее вернуться в строй.

* *
*

Исключительно трудные условия обстановки, в которой пришлось действовать медицинской службе почти на всем протяжении первого периода войны, во многом определили как организационные формы, так и содержание ее работы по медицинскому обеспечению войск. Во время отхода Красной Армии на первый план выступала эвакуационная сторона деятельности медицинской службы. В телеграфном распоряжении СУ от 10 июля 1941 г. указывалось, чтобы войсковое звено медицинской службы свое внимание сосредоточивало на обеспечении быстрого выноса и вывоза раненых с поля боя, своевременного оказания им (а также больным) медицинской помощи по жизненным показаниям и немедленной эвакуации в армейские госпитали.

Огромное значение для улучшения всей работы по оказанию первой помощи раненым и их выносу с поля боя имел введенный в действие по телеграфу приказ НКО № 281 от 23 августа 1941 г. о порядке представления к правительственным наградам военных санитаров и носильщиков за вынос раненых с поля боя. Тем самым спасение раненого воина было определено как проявление высокой воинской доблести в одном ряду с боевыми действиями пехотинцев, артиллеристов, танкистов, летчиков.

Вот текст этого исторического приказа.

Приказ

Народного Комиссара Оборона Союза ССР

Содержание: О порядке представления к правительственной награде военных санитаров и носильщиков за хорошую боевую работу.

№ 281

23 августа 1941 г.

Москва

Для поощрения боевой работы военных санитаров и носильщиков ввести следующие представления о награждении:

1. За вынос с поля боя 15 раненых с их винтовками или ручными пулеметами представлять к правительственной награде медалью «За боевые заслуги» или «За отвагу» каждого санитаря и носильщика,

2. За вынос с поля боя 25 раненых с их винтовками или ручными пулеметами представлять к правительственной награде орденом Красной Звезды каждого санитаря и носильщика;

3. За вынос с поля боя 40 раненых с их винтовками или ручными пулеметами представлять к правительственной награде орденом Красного Знамени каждого санитаря и носильщика;

4. За вынос с поля боя 80 раненых с их винтовками или ручными пулеметами представлять к правительственной награде орденом Ленина каждого санитаря и носильщика.

Командирам и комиссарам дивизий представлять в Наркомат обороны военных санитаров и носильщиков к правительственным наградам в соответствии с этим приказом.

Приказ ввести в действие по телеграфу.

Народный Комиссар Оборона СССР

И. Сталин

Являясь ярким проявлением заботы партии и правительства о советских воинах, этот приказ вселил в сердца медицинского состава войсковых частей и подразделений твердую убежденность в огромной значимости порученного им дела. Он вызвал у них небывалый прилив энергии и энтузиазма, вдохновил на новые подвиги во имя благородной цели — спасения жизни раненых бойцов и командиров Красной Армии.

Благодаря неослабному вниманию военного командования, политорганов и медицинской службы к организации выноса раненых с поля боя, эта важная и ответственная сторона медицинского обеспечения войск непрерывно улучшалась. Об этом в известной мере может свидетельствовать увеличение в общем числе раненых, поступавших на этапы медицинской эвакуации, количества тяжелораненых с переломом бедра, голени и повреждением крупных суставов. Так, раненые с повреждением суставов нижней конечности в первый год войны составляли 9,2%, а во второй год войны — 11,7%.

Обстановка начального периода войны не благоприятствовала работе войсковой медицинской службы. Полковые медицинские пункты при отходе, как правило, были свернуты; дивизионные медицинские пункты развертывались лишь частично, и то далеко не всегда. Вследствие этого хирургическая работа в войсковом районе ограничивалась только неотложными вмешательствами. Первичная хирурги-

ческая обработка основной массы раненых предусматривалась лишь в армейских лечебных учреждениях и госпиталях фронта.

Взаимодействие между войсковым и армейским звеньями медицинской службы очень часто нарушалось. Эвакуация по назначению практически отсутствовала, если не считать случаев, когда раненые и больные эвакуировались авиацией непосредственно во внутренний тыловой район. Однако, вследствие ограниченного количества самолетов, такая эвакуация производилась редко. Эвакуация раненых обычно имела «дренажный» тип. Подразделения и учреждения



Санитарное звено на пути к раненому. Июнь 1941 г.

медицинской службы часто отставали от войск и теряли связь с обеспечиваемыми ими частями. При продвижении противника этапы медицинской эвакуации, не имея достаточной обеспеченности транспортом, снимались нередко со своих мест раньше времени, чем это требовала обстановка, и поспешно отходили из-за опасности оказаться в окружении или в плену.

В условиях отхода наших войск важным фактором, который бы способствовал успешному осуществлению лечебно-эвакуационного обеспечения войск, могла явиться санитарная и гражданская авиация. Однако на практике ее роль в этом отношении была весьма незначительной, что объяснялось прежде всего крайне немногочисленным парком санитарных и транспортных самолетов. Медицинская служба вступила в войну, имея всего лишь 350 самолетов. К осени 1941 г. это количество сократилось на 43%, так как санитарные самолеты летали без прикрытия и несли большие потери, которые восполнялись в очень малой степени.

В первые месяцы войны в связи с быстрыми темпами продвижения противника и малочисленностью армейских и фронтовых лечебных учреждений, особенно полевых подвижных госпиталей, армии и даже фронты не имели зачастую возможности развертывать свои госпитальные базы. В тех же случаях, когда госпитальные базы армий располагались на относительно небольшом удалении от линии фронта, прорыв противником обороны наших войск вынуждал поспешно свертывать армейские госпитали и отводить их возможно быстрее в тыл. Все это вместе взятое приводило к тому, что подавляющее большинство раненых поступало в лечебные учреждения, развернутые во фронтовом тылу и даже прифронтовом районе тыла страны, хирургически не обработанными.

В этих условиях особо важную роль в лечебно-эвакуационном обеспечении войск сыграли приемно-сортировочные базы СУ. Их начали создавать в первые же недели войны и располагать на главных операционно-стратегических направлениях на границе внутреннего тылового района с фронтовым тыловым районом. Эти базы являлись связующим звеном между фронтовыми (иногда даже армейскими) госпиталями и госпитальными базами тыла страны, находились в распоряжении СУ и, объединяя единым руководством лечебные, противоземные и другие учреждения, а также железнодорожные, водные, а иногда и воздушные эвакуационно-транспортные средства, призваны были выполнять ряд важных задач.

Приемно-сортировочные базы должны были обеспечить прием массовых потоков раненых и больных, их сортировку, оказание всем нуждающимся квалифицированной и основных видов специализированной медицинской помощи и эвакуацию в тыл страны большей части поступивших в базу. В обстановке продолжающегося отхода войск Красной Армии приемно-сортировочные базы не имели возможности задерживать в своих госпиталях большое число раненых и больных для длительного планомерного лечения. Поэтому здесь госпитализировались лишь нетранспортабельные, а также раненые и больные, нуждавшиеся в кратковременном лечении. Помимо выполнения лечебно-эвакуационных задач, на приемно-сортировочные базы возлагалась доставка на фронты крови и кровезамещающих жидкостей, поступающих сюда из институтов и станций переливания крови, а также осуществление противоземных мероприятий в лечебных учреждениях и на путях эвакуации.

Всего было организовано три приемно-сортировочные базы СУ для фронтов Северо-западного, Западного и Юго-западного.

Таким образом, в период отхода Красной Армии медицинская служба вынуждена была осуществлять медицинское обеспечение войск в исключительно сложной обстановке маневренных боевых действий, имея для этого весьма ограниченные силы и средства. Нужно было в то же время организовывать и проводить огромные по своему масштабу и сложности мероприятия по отмотилизованию и развертыванию обширной и разветвленной системы медицинских учреждений на театре военных действий и в тылу страны. Пришлось испытать в полной мере и горечь неудач и тяжесть утрат. Немало

погибло в тяжелые дни отступления Красной Армии прекрасных и опытных военно-медицинских работников.

Был тяжело ранен и погиб бригаврач А. Ф. Вишневецкий — начальник медицинской службы 5-й армии, автор напечатанного незадолго перед войной учебника по организации и тактике медицинской службы. От пули фашистского диверсанта в Прибалтике погиб начальник медицинской службы 8-й армии военврач 1-го ранга М. Л. Бейлин. Выполняя боевое задание командования, приземлился на занятый немцами Смоленский аэродром и пропал без вести заместитель начальника медицинской службы Западного фронта бригаврач И. А. Наумов. Был убит во время артиллерийского обстрела под Ленинградом начальник 1-го отдела ВСУ фронта военврач 1-го ранга В. Н. Новиков, в прошлом старший преподаватель кафедры военных и военно-санитарных дисциплин Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова и многие, многие другие.

Однако начальный период войны с его крайне сложной обстановкой не был для медицинской службы Красной Армии лишь периодом тяжелых неудач и трудностей. Именно в это время выковалась стойкость военно-медицинских кадров и их умение работать в сложных условиях большой войны. Летом и осенью 1941 г. выросли замечательные военно-медицинские специалисты, беспредельно преданные Родине, самоотверженно выполнявшие свой врачебный долг. Приобретенный ими опыт позволил медицинской службе Красной Армии критически оценить как положительные стороны системы медицинского обеспечения войск, так и допущенные ошибки и на этой основе наметить пути дальнейшего совершенствования своей работы. Потребность же в этом определилась с особой остротой в декабре 1941 г., когда Красная Армия, сдержав и обескровив противника на ближних подступах к Москве, перешла в контрнаступление и нанесла по немецко-фашистским войскам сокрушительный удар.

* *
*

Основную роль в этой первой в ходе войны крупной наступательной операции Красной Армии (5 декабря 1941 г. — 7 января 1942 г.) играли Западный и Калининский фронты. К началу контрнаступления медицинская служба Западного фронта (начальник ВСУ фронта М. М. Гурвич, главный хирург — С. И. Банайтис, главный терапевт — П. И. Егоров) имела 75 000 штатных коек и мест, из которых 63 000 составляли госпитальную базу фронта (в том числе и оперативные койки, развернутые в Москве городским отделом здравоохранения). Медицинская служба армейских объединений располагала 12 000 коек; в среднем на каждую армию приходилось 1200 коек. Количество коек в лечебных учреждениях госпитальной базы фронта превышало количество коек в армиях более чем в 5 раз. Это обстоятельство, а также то, что госпитали фронта были выдвинуты в армейский тыловой район, во многом предопределило основную роль фронтовых учреждений в лечебно-эвакуационном обеспечении войск фронта.

Медицинская служба Калининского фронта (начальник ВСУ фронта — А. И. Бурназян, главный хирург — И. А. Криворотов, главный терапевт — Е. М. Гинсбург) к этому времени имела в своих лечебных учреждениях 34 900 коек и мест. В трех армиях фронта насчитывалось 8700 штатных коек и мест, т. е. в среднем по 2900 на армию. Госпитальная база фронта находилась в 400—450 км от линии фронта, в районе г. Иваново и в других городах Ивановской области. Поэтому основная тяжесть по приему раненых и больных из войсковых этапов медицинской эвакуации на Калининском фронте выпадала на долю армейских лечебных учреждений.

Армейские госпитали обоих фронтов были заполнены на 30—60% их штатной емкости, а в 43-й и 16-й армиях Западного фронта — до 80—90%. Также мало свободных коек было к началу контрнаступления и во фронтовых лечебных учреждениях. Фронтвые госпитали были заполнены на 60—80%. На Западном фронте госпитали армий, как правило, не эшелонировали, поскольку здесь были развернуты на небольшом удалении от войск фронтвые лечебные учреждения. На Калининском фронте в связи с большой протяженностью



М. М. Гурвич. 1941 г.

грунтовых путей эвакуации (до 120 км) и значительной удаленностью госпитальной базы фронта армейские лечебные учреждения были развернуты преимущественно в два эшелона. Первый эшелон составляли полевые подвижные госпитали, развернутые в 5—10 км позади дивизионных медицинских пунктов — так называемые госпитали первой линии. Второй эшелон (госпитали второй линии) составляли лечебные учреждения, развернутые в районе армейских станций снабжения. Госпитали первой линии принимали всех раненых, направляемых из дивизионных медицинских пунктов. В госпиталях армий обеспечивалось оказание квалифицированной медицинской помощи, примерно в том же объеме, как и в дивизионных медицинских пунктах.

Из армий эвакуация раненых и больных велась в лечебные учреждения первого эшелона госпитальной базы фронта, располагавшиеся в Москве и Подмосковье.

Особенностью размещения первого эшелона ГБФ была близость к госпитальным базам армий. В центре фронта размещение фронтовых учреждений почти совпадало с размещением армейских госпиталей. Второй эшелон госпитальной базы фронта составляли госпи-

тали эвакуационных пунктов, подчиненных УФЭП 77 и развернутых в ряде населенных пунктов восточнее Москвы.

Дислокация госпитальных баз Западного и Калининского фронтов к началу контрнаступления под Москвой показана на схеме.

В ходе контрнаступления значительно улучшились условия для выноса раненых с поля боя; большинство раненых доставлялось на полковые медицинские пункты в первые 3 часа после ранения. И все же медицинская служба обоих фронтов не освободилась от недостатков, имевших место в течение всей летней кампании и оборонительного сражения. Санитары-носильщики стрелковых полков зачастую вместо выноса раненых с поля боя использовались для работы на ПМП. Поэтому санитары рот вы-

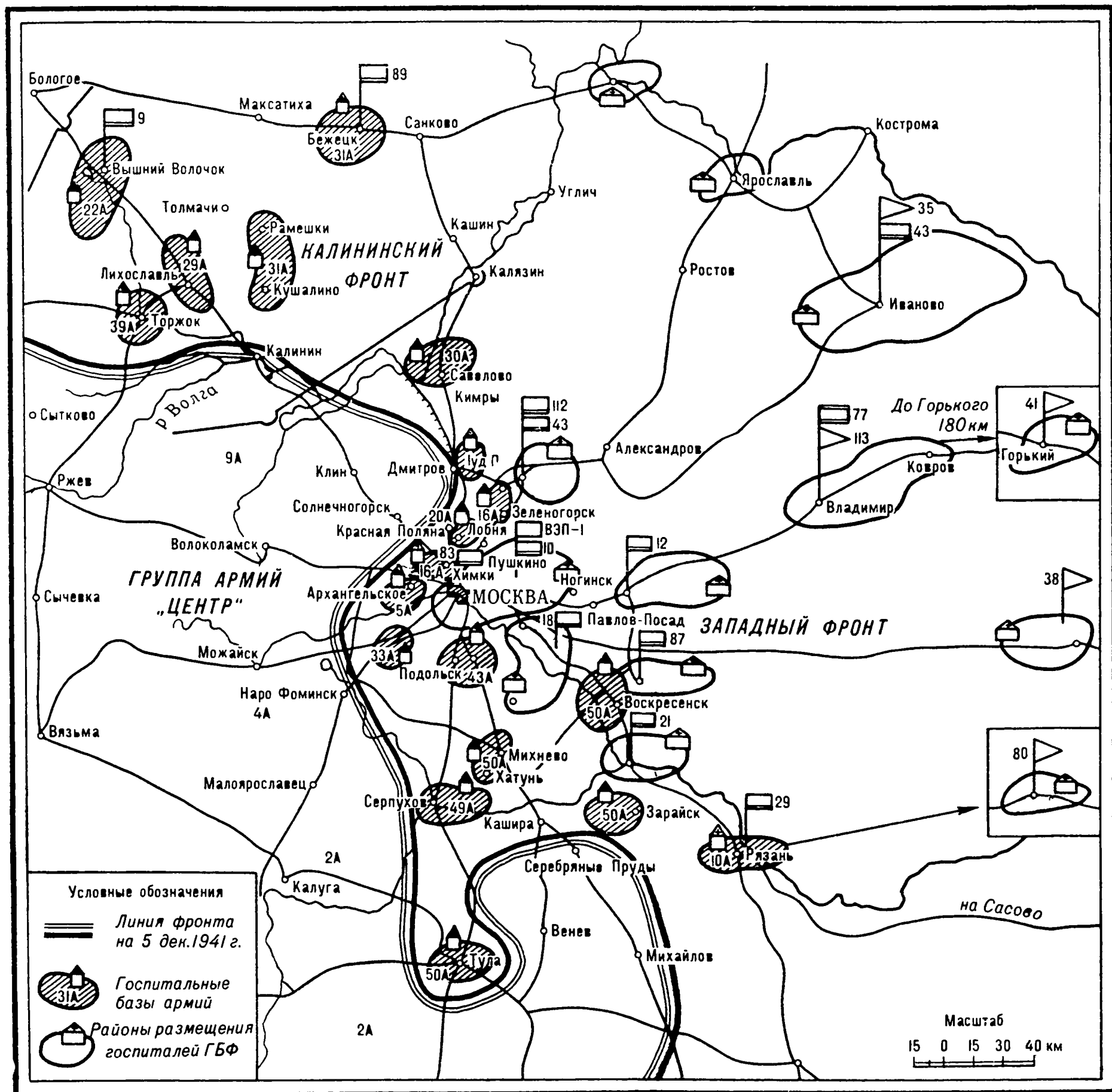
нуждены были выносить раненых до батальонных медицинских пунктов, в результате чего нарушалась непрерывность оказания первой помощи на поле боя.

Эвакуация раненых из полковых медицинских пунктов производилась, как правило, автотранспортом медико-санитарных батальонов, для чего в некоторых дивизиях выделялись дежурные автомашины и прикомандировывались к определенному ПМП. Однако это не избавило полки от необходимости использовать часть своего санного транспорта для эвакуации раненых «от себя», что особенно практиковалось в период снежных заносов. При бездорожье для доставки раненых до путей эвакуации, проходимых для автотранспорта, использовались также тракторы воинских частей и санный транспорт местного населения. Значительное число легкораненых направлялось на ДМП пешком.



А. И. Бурназян. 1941 г.

Дивизионные медицинские пункты из-за большой загрузки и отставания полевых подвижных госпиталей при перемещении за войсками приходилось делить на 2—3 части, что суживало объем медицинской помощи. Наиболее низкая хирургическая активность была в армиях, введенных в бой сразу же после завершения их формиро-



Размещение госпитальных баз Западного и Калининского фронтов к началу контрнаступления под Москвой в декабре 1941 г.

вания. Так, в дивизионных медицинских пунктах 5-й армии оперируемость составила 13,8%, в 43-й армии — 18,7%, в 50-й армии — 29%, а в 20-й армии всего 3,5% к общему числу поступивших раненых. Из всех видов оперативной помощи преобладала первичная хирургическая обработка ран. Сортировка раненых на дивизионных медицинских пунктах имела существенные пробелы; как и в период отступления, раненых, подлежащих лечению в войсковом районе, нередко эвакуировали в армейские и даже во фронтовые госпитали.

С первых же дней контрнаступления возникли большие трудности с выдвиганием армейских лечебных учреждений вслед за продвигающимися войсками. Эти трудности были вызваны прежде всего отсутствием в армиях резервных госпиталей. Имевшиеся полевые подвижные госпитали, число которых было крайне ограничено, были заполнены ранеными еще в самом начале контрнаступления. Поэтому дальнейшее продвижение госпиталей за наступающими войсками оказывалось возможным только после их освобождения от раненых. Эвакуация же раненых происходила с большими трудностями и перебоями из-за недостатка санитарного автомобильного транспорта и снежных заносов на дорогах. Пришлось компенсировать недостаток санитарно-транспортных средств максимальным использованием для целей эвакуации раненых и больных транспорта подвоза и даже санитарного транспорта местного населения.

По мере того, как в ходе наступления все же удавалось высвободить и свернуть отдельные госпитали, они развертывались на грунтовых коммуникациях наступающих войск, протяженность которых все время возрастала, образуя как бы цепочку промежуточных этапов эвакуации, расположенных «в затылок» друг другу. В результате этого в армиях возникла типичная «дренажная» система лечебно-эвакуационного обеспечения войск, которая фактически исключала возможность эвакуации по назначению раненых и больных в армейском районе. К тому же специализированная медицинская помощь в период контрнаступления под Москвой еще находилась в стадии первоначального становления.

В большинстве армий Западного фронта отдельные роты медицинского усиления вообще отсутствовали; они были изъяты из армий еще в период отступления советских войск и использованы для усиления полевых эвакуационных пунктов фронтового подчинения, в составе которых предусматривалось оказание специализированной медицинской помощи при некоторых видах ранений (нейрохирургическая, стоматологическая). Здесь же были развернуты и госпитали для лечения легкораненых, организация которых на Западном фронте была начата еще в августе 1941 г. в виде так называемых госпиталей-лагерей для легкораненых. На Калининском фронте, где армии имели в своем составе отдельные роты медицинского усиления, специализированные госпитали также еще не были организованы, а специализированные группы ОРМУ придавались не только полевым подвижным госпиталям, но даже и некоторым дивизионным медицинским пунктам. Нередко специализированные группы усиления привлекались для оказания раненым общехирургической помощи. Терапевтическая помощь в период контрнаступления под Москвой также не была должным образом организована. Специализированных терапевтических госпиталей в то время еще не создавали. Больные, количество которых достигло 12% общего числа санитарных потерь, направлялись для лечения в госпитали общего назначения, где для них предусматривались отдельные палаты. Однако при большом поступлении раненых эти палаты были фактически упразднены, так как они заполнялись ранеными и теряли свой «терапевтический профиль».

Характерной чертой маневра лечебными учреждениями, осуществленного на Западном фронте в ходе контрнаступления, было выдвижение полевых эвакуационных пунктов, подчиненных Военно-санитарному управлению фронта, в армейский тыловой район. 13 декабря, когда войска правого крыла фронта продвинулись вперед на 80—100 км, лечебные учреждения ПЭП 12 были перемещены из района Орехово-Зуево в район Солнечногорска. В целях приближения фронтовых госпиталей к армиям, наступавшим на центральном направлении, с 20 декабря началось перемещение ПЭП 10 из Москвы в район Одинцово, Перхушково, Барвиха. В это же время происходило выдвижение лечебных учреждений ПЭП 87 из Егорьевска в Подольск, а для обеспечения армий левого крыла фронта к 1 января 1942 г. было закончено перемещение из Коломны в Тулу лечебных учреждений ПЭП 21.

В конкретных условиях контрнаступления войск Западного фронта этот вид маневра фронтовыми лечебными учреждениями из глубины надо признать целесообразным. Он сыграл значительную роль в улучшении медицинского обеспечения армий, входивших в состав Западного фронта, особенно если учесть весьма ограниченное количество армейских лечебных учреждений. В последующем такой вид маневра лечебными учреждениями получил свое дальнейшее развитие на ряде фронтов Великой Отечественной войны в виде организации так называемых межармейских госпитальных баз.

В отличие от сказанного, госпитальная база Калининского фронта за время рассматриваемой операции не перемещалась. Предназначенные для выдвижения вперед эвакуационные госпитали из состава лечебных учреждений МЭП 35, развернутого в Иваново и Ивановской области, были погружены в военно-санитарные поезда. Однако они неделями простаивали на железнодорожных путях без движения из-за занятости железных дорог оперативными перевозками. Лишь к концу контрнаступления в район Бежецка, а затем и Калинин удалось доставить несколько фронтовых госпиталей, где они и были развернуты. Следовательно, большое удаление госпитальной базы Калининского фронта от войск (400—500 км) обусловило запоздалое выдвижение фронтовых лечебных учреждений в ходе контрнаступления и по сути дела повлекло за собой существенное нарушение взаимодействия между армейскими и фронтовыми госпиталями.

Исключительно большое внимание было уделено руководством медицинской службы Западного фронта организации работы госпиталей, развернутых в Москве и ее пригородах. Здесь было развернуто большое число госпиталей, находившихся в подчинении нескольких управлений эвакуационных пунктов. Радиальное направление железнодорожных и грунтовых путей к Москве обуславливало эвакуацию больших масс раненых и больных с различных направлений Западного фронта и даже из соседних фронтов в госпитали, развернутые в районе Москвы. Для непосредственного руководства работой эвакуационных пунктов, развернутых в районе Москвы и ее пригородов, была направлена часть аппарата Военно-санитарного управления во главе с заместителем начальника медицинской службы фронта бригаврачом Н. И. Завалишиным.

Такая организация управления госпитальной базой фронта обеспечивала централизованное руководство лечебными учреждениями, сосредоточенными в районе Москвы и позволяла в кратчайший срок наладить их работу и упорядочить прием, распределение по госпиталям и эвакуацию из Москвы массовых потоков раненых и больных. Одним из важных мероприятий, позволивших упорядочить сортировку раненых и больных, поступавших в госпитали Москвы, была организация мощных сортировочно-эвакуационных госпиталей, способных обеспечить прием и сортировку до 1500—2000 раненых и больных за сутки.

Оккупация гитлеровскими войсками территории Московской и смежных с ней областей значительно ухудшила их санитарно-эпидемическое состояние. В Калинин во время немецкой оккупации среди местного населения появилась вспышка заболеваний брюшным тифом. В декабре в войсках появились заболевания сыпным тифом и туляремией. Все это потребовало усиления внимания к организации противоэпидемических мероприятий. Особенно важное значение в условиях контрнаступления приобретала санитарно-эпидемиологическая разведка. Для того, чтобы обеспечить ее непрерывность, в полках создавались эпидгруппы, которые поддерживали связь с командирами санитарных взводов МСБ, последние, в свою очередь, устанавливали связь с эпидбригадами СЭО, продвигавшимися вместе с подвижными лабораториями за наступающими частями. Подвижным лабораториям придавались группы из ОДР для проведения дезинфекции блиндажей и других сооружений и помещений, занимаемых ранее войсками противника. На Калининском фронте составлялись специальные карты и схемы районирования разведки для различных медицинских пунктов, частей и учреждений. Лечение инфекционных больных в большинстве случаев проводилось в армейских и фронтовых инфекционных госпиталях, а в медицинских пунктах и в госпиталях общего назначения, несмотря на трудности, связанные с их размещением, обязательно оборудовались изоляторы.

* *
*

В весьма своеобразной, исключительно трудной обстановке организовывалось и осуществлялось медицинское обеспечение войск Ленинградского фронта в период блокады (начальник ВСУ фронта — Д. Н. Верховский, главный хирург — П. А. Куприянов, главный терапевт — Э. М. Гельштейн). Из-за ограниченной территории, занимаемой войсками фронта, все фронтовые и подавляющее большинство армейских, а также значительная часть войсковых средств медицинской службы располагались в черте города. Этапы медицинской эвакуации различных звеньев медицинской службы так были территориально сближены между собой, что в некоторых случаях находились почти рядом друг с другом. В связи с этим раненые из полковых медицинских пунктов нередко направлялись непосредственно в госпитальную базу фронта.

Условия блокады делали невозможными эвакуацию раненых и больных в глубокий тыл. А если такую эвакуацию и удавалось иногда

производить (по ледовой трассе через Ладожское озеро и самолетами), то она сопровождалась невероятными трудностями и обычно охватывала незначительное количество эвакуируемых. Поэтому все лечебные учреждения Ленинградского фронта работали с большой перегрузкой, в 5—6 раз превышавшей их штатную емкость. С целью расширения коечной сети госпитальной базы фронта в ее состав были включены также армейские госпитали. В армиях оставались лишь отдельные госпитали, используемые в качестве средства усиления войсковой медицинской службы или для лечения легкораненых; госпитальные базы армий на Ленинградском фронте в период блокады Ленинграда развернуты не были. Для уменьшения загрузки госпитальных коек были расширены показания к госпитализации раненых и больных в дивизионных медицинских пунктах. Эти этапы медицинской эвакуации в период блокады Ленинграда превратились, по сути дела, в стационарные лечебные учреждения.

Обстановка в осажденном городе для работы медицинской службы была крайне тяжелой. Нелегко найти слова, чтобы с достаточной полнотой рассказать о тех огромных, поистине нечеловеческих трудностях, с которыми повседневно приходилось иметь дело медицинскому составу, и о тех тяжелых испытаниях, которым он так часто подвергался при выполнении своего служебного долга. Вместе с тем нельзя без глубокого волнения вспоминать о тех высоких образцах мужества и самоотверженности, которые проявляли медицинские работники Ленинградского фронта, преодолевая все эти трудности и проходя через все испытания.

Госпитальные помещения отапливались самодельными железными печурками и то нерегулярно из-за недостатка топлива. Пока они топились, было еще более или менее тепло, а как только прекращалась топка, температура сразу же понижалась. Раненые и больные лежали в кроватях, завернутые в 2—3 одеяла, а нередко даже в шинелях. Врачи и обслуживающий персонал вынуждены были работать в верхней одежде. Горячей воды не было. Чтобы согреть ее хотя бы в небольшом количестве, требовались огромные усилия. Да и холодную воду приходилось расходовать весьма экономно; из Невы ее приносили на себе работники госпиталей. Из-за отсутствия электроэнергии для освещения использовались фонари «летучая мышь» или ацетиленовые горелки. Операции производились при керосиновых лампах.

При обстрелах и бомбежках города фашисты не щадили лечебные учреждения, хотя прекрасно знали их месторасположение. Поэтому там, где имелись возможности и позволяли условия, раненые и больные при сигналах тревоги переводились в бомбоубежища или оборудованные подвалы. Тяжелораненых и больных приходилось каждый раз переносить на руках. 19 сентября 1941 г. во время одного из воздушных налетов на город две вражеские бомбы попали в эвакогоспиталь № 28. В здании была разрушена лестничная клетка и начался пожар. В госпитале в момент налета находилось более 1000 раненых и больных. Любой пожар страшен, но стократ страшнее был этот! Ведь горел дом, битком набитый ранеными, большая часть которых была беспомощна. Некоторые из них выбрасывались из го-

рящего здания через окна. Всего погибло 117 чел. Еще больше было пострадавших во время пожара.

В связи с поступлением раненых во фронтовые госпитали зачастую непосредственно из войск, а также из-за недостатка коечной сети, в госпитальной базе фронта важное значение имели внутригоспитальные перевозки. Они имели своей целью распределить прибывших раненых и больных по специализированным лечебным учреждениям и обеспечить наиболее равномерную загрузку всех лечебных



Операционная, оборудованная в бомбоубежище эвакуационного госпиталя.
Ленинградский фронт, 1942 г.

учреждений госпитальной базы фронта. Первое время эти перевозки производились главным образом трамваями. Когда же прекратилась подача тока, раненых и больных стали перевозить на ручных санях и тележках, которые начали выпускать заводы Ленинграда.

В летне-осеннюю кампанию 1942 г. применялся (за некоторым исключением) тот же порядок лечебно-эвакуационного обеспечения, что и в кампании 1941 г. Одной из причин такого положения была явная переоценка значения успешных наступательных действий Красной Армии зимой 1941—1942 гг. Считалось, по-видимому, что эти операции являются началом массового изгнания врага с территории нашей страны. ГВСУ и руководство медицинской службой фронтов и армий готовились к медицинскому обеспечению войск в летнюю кампанию 1942 г. с учетом наступательного характера предстоящих боевых действий Красной Армии.

Действительно, эта кампания началась наступлением советских войск на Харьковском направлении, но оно успеха не имело. Части и соединения Красной Армии вынуждены были поспешно отступать на юго-запад и юг. Медицинская служба вновь оказалась не готовой к действиям в такой обстановке, так как все ее силы и средства были развернуты применительно к требованиям медицинского обеспечения наступательных операций. Вновь медицинская служба вынуждена была отводить свои учреждения из-под ударов врага и принимать меры к тому, чтобы возможно быстрее эвакуировать раненых и больных в тыл.

Особенно тяжелая обстановка сложилась для медицинской службы войск, оборонявших Сталинград. Эвакуация раненых и больных в тыл встречала исключительно большие трудности. Вот что доносили по прямому проводу из района Сталинграда начальнику Главного военно-санитарного управления.

«21 сентября. Сейчас идут большие бои. За последние два дня еще больше возросли трудности с переправой раненых на левый берег. Все время мешают бомбардировки с воздуха; в последние дни резко усилились обстрелы с земли. Переправа работает только в темное время суток, да и то с перебоями».

«30 сентября. Неоднократные попытки бронекатеров подойти к берегу в ночь с 28 на 29 сентября не увенчались успехом. Ночью полевой подвижный госпиталь № 689 подвергся сильному минометному обстрелу; были жертвы. В это же время и в этом районе 112-й медико-санитарный батальон имел много потерь от прямого попадания бомб в перевязочную. Жертвы уточняются. Наша работа в районе действий 62-й армии ежедневно сопровождается потерями ме-



Полковой медицинский пункт в блиндаже на правом берегу Волги. Сентябрь 1942 г., Сталинград.

дицинского состава и переправочных средств. Несмотря на жертвы, мы продолжаем работать с еще большей энергией».

Силы и средства медицинской службы в районе Сталинграда были ограниченными. Все фронтовые госпитали располагались на левом берегу Волги. Там же находилось и подавляющее большинство армейских лечебных учреждений. В городе оставались только медицинские пункты частей и соединений (и то не в полном составе), а также отдельные армейские госпитали. Все они были развернуты в землянках, блиндажах, подвалах и развалинах зданий в непосредственной близости от переднего края обороны.

Медицинские работники проявляли исключительную самоотверженность при выполнении своего воинского долга. В необыкновенно тяжелых и крайне неблагоприятных условиях работали военные хирурги. Под грохот непрерывно разрывавшихся вражеских снарядов и мин, от которых зачастую содрогались стены блиндажей и подвалов, где были развернуты операционные, при свете керосиновых ламп или светильников, сделанных из снарядных гильз, часами стояли мужественные люди у операционных столов, не зная усталости, забывая о приеме пищи, не ведая страха, и живя одним стремлением, одним желанием: как можно скорее и лучше оказать хирургическую помощь раненым бойцам и командирам — славным защитникам города. В ряде случаев хирургам приходилось оказывать помощь раненым в совершенно необычной обстановке. Так, например, военврач 2-го ранга Д. А. Кривонос вынужден был оперировать раненых под лодкой-дощаником, когда операционная госпитали была разрушена прямым попаданием авиабомбы.

В первый период войны было положено начало созданию в Красной Армии службы переливания крови. Все институты и станции переливания крови страны были разделены на три группы. В первую из них вошли 35 таких учреждений. Они располагались в большинстве своем в прифронтовом районе и были прикреплены к тому или иному фронту. На некоторых фронтах производилась местная заготовка крови (правда, в весьма ограниченном количестве). Для этой цели организовывали нештатные станции переливания крови (СПК). В 1941 г. медицинская служба централизованным путем получила более 25 000 л крови, а в 1942 г. — около 140 000 л¹.

Огромную работу проделала медицинская служба по эвакуации раненых и больных. Вынужденный отход Красной Армии на ряде стратегически важных направлений советско-германского фронта, резкий недостаток санитарно-транспортных средств, в особенности автомобильных, постоянное воздействие авиации противника на эвакуационные пути — все это создавало исключительно сложные условия для эвакуации. Тем не менее в 1941 г. из общего числа раненых и больных Красной Армии более 54% было эвакуировано в тыл страны². На ряде фронтов этот процент был значительно выше. В 1942 г. число эвакуированных в тыл страны в целом по действующей армии составило около 38%. Однако и в этом году на тех

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 35488, д. 23, лл. 158, 287, 290, 295, 302, 305, 306, 317; оп. 47165, д. 491, лл. 61, 372.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 17167, д. 11, лл. 32, 82.

фронтах, где велись отступательные бои, большинство раненых и больных эвакуировалось за пределы действующей армии. Эвакуация их в тыл страны производилась, главным образом, железнодорожным санитарным транспортом — временными и постоянными военно-санитарными поездами.

Война повлекла за собой серьезное понижение жизненного уровня советского народа. Интенсивное передвижение людских контингентов, большие их скопления также отрицательно влияли на санитарно-гигиеническое состояние страны и ее Вооруженных Сил. Все это вместе взятое способствовало распространению различных инфекционных болезней как среди гражданского населения, так и среди войск.

В основе санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения Красной Армии лежали повседневный медицинский контроль за всеми сторонами жизни и быта войск. Ведущее место в системе противоэпидемических мероприятий занимала специфическая профилактика. В качестве иммунизирующих средств применялись такие изготовленные советскими учеными-медиками эффективные препараты, как химическая вакцина НИИСИ, а также живая вакцина против туляремии и сибирской язвы.

Так как в первый период войны основным источником инфекционной заболеваемости в действующей армии являлось пополнение, прибывавшее из тыла страны (в 1942 г., например, таким путем было занесено 66% всех инфекционных заболеваний, зарегистрированных среди войск), то большое внимание медицинская служба уделяла проведению противоэпидемических мероприятий в тыловых запасных частях, а также на путях перевозок войск. Поэтому очень важную роль в противоэпидемическом обеспечении войск сыграли санитарно-контрольные пункты (СКП). В 1942 г. всеми СКП было осмотрено 55 300 железнодорожных эшелонов, из которых 10,0% подверглись санитарной обработке.

Большую помощь медицинской службе Красной Армии оказали чрезвычайные противоэпидемические комиссии, которые стали организовывать местные органы Советской власти в соответствии со специальным решением ГКО от 2 февраля 1942 г. Для улучшения руководства санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим обеспечением войск важное значение имело создание в октябре 1942 г. в составе ГВСУ специального отдела гигиены питания и водоснабжения, а также введение в штат военно-санитарных управлений фронтов и санитарных отделов армий должностей инспекторов по питанию и водоснабжению.

В первый период войны произошли значительные изменения в организации медицинского снабжения. Эти изменения в основном заключались в создании вместо громоздких головных военно-санитарных складов подвижных и более приспособленных к условиям маневренной войны полевых армейских санитарных складов (ПАСС), а также в том, что было введено вместо трех два вида медицинского снабжения Красной Армии — имуществом текущего довольствия и имуществом «боевого обеспечения». Изложенный выше порядок медицинского снабжения без особых изменений сохранился всю войну.

Огромная заслуга в преодолении трудностей, стоявших перед медицинской службой в первом периоде войны, принадлежит нашим прекрасным советским людям — врачам, фельдшерам, медицинским сестрам, санитарным инструкторам и санитарам. Большинство медицинских работников Красной Армии при выполнении своего воинского долга проявляли находчивость, смелость, мужество и героизм. Вот некоторые примеры их работы.

Медицинский состав гарнизона Брестской крепости накануне войны жил буднями мирного времени. 22 июня 1941 г. здесь предполагалось развернуть выставку санитарной техники. Для организации этой выставки в гарнизон приехал за несколько дней до ее открытия заместитель начальника медицинской службы армии военврач 2-го ранга А. В. Банников. Но 22 июня на рассвете на крепость обрушился град снарядов и мин, которыми были разрушены здания госпиталя, медицинских пунктов, жилые дома.

Начальник хирургического отделения госпиталя военврач 2-го ранга И. К. Маховенко оказывал медицинскую помощь раненым пограничникам и одновременно руководил работой по спасению женщин и детей командиров. Многие врачи, фельдшеры, санитарные инструкторы, медицинские сестры, санитары, отважно оказывая помощь раненым, погибли в первые же часы и дни защиты крепости. По пути в свой медико-санитарный батальон был убит хирург Лукарчук. Погиб врач Бардин, оказывавший помощь тяжелораненым в подвале здания, называемым Белым дворцом. Вскоре умер от ран санитарный инструктор 84-го стрелкового полка Дуля. Пал смертью храбрых санитар Кошелев, выполнявший обязанности связного со штабом обороны участка.

С каждым днем таяли ряды защитников крепости, на глазах умирали товарищи, друзья, близкие люди. Но ничто не могло сломить воли к борьбе. Многие раненые медицинские работники крепости, обессиленные потерей крови, были в бессознательном состоянии захвачены врагом в плен. Среди них оказались старший врач 125-го стрелкового полка военврач 2-го ранга М. Н. Гаврилкин, старший врач 84-го стрелкового полка Н. И. Григорьев, военврачи 2-го ранга А. В. Банников, И. К. Маховенко, хирург Ю. В. Петров, военфельдшер Р. И. Абакумова, И. Г. Бондарь, В. С. Солобозов, медицинская сестра А. А. Львова-Слукина. Попав в лагеря военнопленных, советские медицинские работники не уронили своего достоинства, мужественно переносили все ужасы фашистского плена. Рискуя жизнью, они находили в себе силы оказывать посильную медицинскую помощь своим товарищам и спасти от гибели многих из них, выдавая за заразных больных. Так была сохранена жизнь командиру 44-го стрелкового полка П. М. Гаврилову — Герою Советского Союза, руководителю обороны крепости. Неоднократно раненый, он был захвачен врагом и заключен в лагерь военнопленных. Здесь его выходили и вылечили врачи-хирурги крепости И. К. Маховенко и Ю. В. Петров.

Медицинская сестра А. А. Львова-Слукина, взятая в плен в ночь на 22 июня на дежурстве в стационаре своей дивизии, в ноябре 1941 г.

с группой военнопленных пыталась бежать из лагеря по канализационным траншеям, но побег был неудачным. Спустя некоторое время она бежала вновь, вступила в партизанский отряд им. Черняка из бригады Брестского партизанского соединения. В рядах партизан Львова-Слукина мужественно выполняла обязанности медицинской сестры до момента соединения отряда с нашими регулярными войсками в апреле 1944 г.

Как и воины Брестской крепости, первым принял удар врага личный состав погранотряда, где служил санитарным инструктором Анатолий Кокорин. Перед самой войной командование части за отличную службу решило направить его для учебы в Военно-медицинскую академию. Но началась война и Кокорин, проявив подлинный патриотизм, остался в своей части. В одном из боев в ночь с 3 на 4 августа 1941 г. Анатолий Кокорин перевязал и вынес с поля боя 6 раненых. Несмотря на полученные ранения, он продолжал оказывать помощь товарищам. Началась сильная атака противника. Раненым грозила опасность быть захваченными врагом. Фашисты наступали. У Анатолия Кокорина кончились патроны. 6 человек бросились к нему, пытаясь захватить в плен живым. Подоспевший старший политрук Руденко убил трех фашистов, но и сам был тяжело ранен. Враги окружали отважного санитарного инструктора. Крикнув: «Чекисты в плен не сдаются!» Кокорин последней гранатой уничтожил врагов и героически погиб сам. Санитарному инструктору-пограничнику Анатолию Александровичу Кокорину посмертно присвоено высокое звание Героя Советского Союза. На родине героя в г. Боровичи одна из улиц названа его именем¹.



Герой Советского Союза А. А. Кокорин.

С первых дней войны в составе 22-й армии, почти у самой границы, начал работать полевой подвижный госпиталь № 4714. Он прошел вместе с войсками тяжелый путь отступления, участвовал в наступательных боях от Москвы до Кенигсберга и закончил свою работу

¹ Ф. В. Сатрапинский. Подвиги героев медиков в Великой Отечественной войне. Л., 1961.

на Дальнем Востоке в г. Цзинь-Джоу, участвуя в медицинском обеспечении войск, разгромивших империалистическую Японию.

В июне 1941 г. госпиталь развернулся в лесу, в 15 км от города Невель. Палаток не хватало. Операционную и перевязочную разместили в шалашах и землянках. За 6 дней боев поступило около 2000 раненых непосредственно из полковых и батальонных медицинских пунктов. Госпиталь переместился в Великие Луки только после того, как противник захватил Невель. Приняв за два дня свыше 1000 раненых, ему пришлось вновь отойти из-под удара противника на станцию Кунья. Здесь меньше, чем за месяц работы, была оказана хирургическая помощь более 6000 раненым.

22 августа авиация противника подвергла бомбардировке расположение госпиталя. Укрыв раненых в щелях и землянках, личный состав не прекращал работы. Вскоре к станции Кунья прорвались немецкие танки и бронемашины, ведя с ходу огонь по станционным постройкам. Госпиталь оказался отрезанным от своих войск. Отдельными группами его личный состав вместе с ранеными стал выходить из окружения. Военврач Матюков вывел 45 раненых, военврач Осипова, начальник финансовой части Головач и санитар Гельван — 28 раненых, из которых 4 человека они все время несли на руках. Медицинские сестры Китленко и Жарикова вышли к своим войскам вместе с 30 ранеными. Часть личного состава не смогла выйти из окружения. Погибло все имущество, но госпиталь продолжал обеспечивать войска Красной Армии.

После доукомплектования личным составом и имуществом был развернут в районе станции Кувшиново и вновь стал успешно выполнять свои задачи. Работая в последующем в Бежецке и Осташкове, госпиталь неоднократно подвергался налетам вражеской авиации. Во время одного из них погиб врач Кириченко. Но как и всегда, не отходили от операционного стола ведущий хирург Бейлин, операционные сестры Алешина, Доронина, Крисанова.

За время войны в госпитале была оказана помощь 35 640 раненым защитникам Родины. 14 ноября 1944 г. Указом Президиума Верховного Совета СССР за образцовое выполнение заданий командования и проявленные при этом доблесть и мужество личного состава хирургический полевой подвижный госпиталь № 4714 был награжден орденом Красной Звезды с вручением грамоты Президиума Верховного Совета СССР и боевого Красного Знамени. Это знамя передано на вечное хранение в Военно-медицинский музей МО СССР.

В тяжелейших условиях блокированного Ленинграда 9 февраля 1942 г. был сформирован полевой подвижный госпиталь № 2381. Во время боев под Ленинградом в районе станции Погостье госпиталь с 28 марта по 5 апреля 1942 г. принял 1725 раненых и больных. Лесисто-болотистая местность и труднопроходимые дороги, непрерывно подвергавшиеся обстрелам артиллерии и бомбардировкам авиации противника, создавали большие трудности в размещении раненых и их последующей эвакуации. С невероятным напряжением трудился личный состав — начальник госпиталя Т. Я. Дудрик, комиссар — Н. А. Брыкин, врач Г. С. Коган, медицинские сестры Н. А. Швецева, А. Н. Голубева, В. А. Иванова, санитары Н. М. Кузьмин, М. Я. Шандо-

рович, П. В. Кунцов и многие другие. 70% личного состава госпиталя составляли коммунисты и комсомольцы.

Личный состав госпиталя, перенесший блокаду города, истощенный голодом и изнуренный длительным, — днем и ночью продолжавшимся, — напряженным трудом, не падал духом и с высоким сознанием долга перед Родиной отдавал свои силы делу лечения раненых. В боях под Синявино в августе-сентябре 1942 г. в госпиталь, рассчитанный на 200 коек, поступило около 2500 раненых. Иногда госпиталь принимал до 500 чел. в сутки. За всю войну госпиталь с войсками различных фронтов прошел более 7000 км. Общее число лечившихся в нем раненых и больных советских воинов достигло 27 000. Значительная часть личного состава госпиталя погибла или была ранена. За доблесть и мужество личного состава и образцовое выполнение боевых задач командования хирургический полевой подвижный госпиталь № 2381 был также награжден орденом Красной Звезды и грамотой Президиума Верховного Совета СССР¹.



Военврач 1-го ранга К. К. Боборыкин. 1941 г.

На Ленинградском фронте широко было известно имя отважного санитарного инструктора, а затем фельдшера Валентины Чибор. Она в первые же дни войны добровольно ушла на фронт в дивизию Народного ополчения. Уже в 1941 г. санитарный инструктор Чибор вынесла с поля боя более 85 раненых и была награждена орденом Ленина. За время войны была 5 раз ранена, из них три — тяжело. Одно из ранений было получено при форсировании реки Усть-Тосно под Ленинградом. По выздоровлении Валентина неизменно возвращалась из госпиталя в свою часть и продолжала выполнять опасный, но благородный труд². На Южном фронте в мае 1942 г. медицинская сестра Ф. И. Ревенко, спасая жизнь 90 советским воинам, получившим ранения и находившимся в укрытии, вступила в бой с фашистскими солдатами, пытавшимися уничтожить ее вместе с

¹ Н. А. Яковлев, М. И. Иванов. Орденоносные полевые подвижные госпитали. «Военно-медицинский журнал», 1965, № 5.

² Архив ВММ, ф. 98, оп. 5879, д. 1, лл. 27—28.

ранеными. Умело и отважно действуя, Ф. И. Ревенко вышла победительницей из неравной схватки. За этот подвиг храбрая медицинская сестра была удостоена высшей награды Родины — ордена Ленина¹.

Во 2-й ударной армии Волховского фронта весной 1942 г. создавалась сложная обстановка. Выполняя приказ ставки Верховного главномандования, эта армия прорвала оборону противника на западном берегу р. Волхов и продвинулась на 75 км узким клином в северо-западном направлении к Любани. Немецкое командование группы армий «Север», подтянув с других участков фронта до пяти дивизий, сумело остановить продвижение наших войск и непрерывными атаками пыталось вынудить их к отходу. Войска армии несли большие потери, но удерживали занятые рубежи. Планомерная эвакуация раненых нарушалась интенсивным артиллерийским обстрелом противника и налетами его авиации. Раненых и больных в полевых лечебных учреждениях становилось все больше и больше. В конце марта немцы сильными контрударами у основания прорыва 2-й ударной армии перерезали ее коммуникации. Только решительные меры, принятые нашими войсками, предотвратили опасность полного окружения.

В первых числах апреля, в связи с наступившим резким потеплением, эвакуация раненых в госпитали армии и фронта, находившиеся за рекой Волхов, еще более осложнилась. Дороги и колонные пути, проложенные в морозы через болота и леса, стали непроезжими. Нарастала опасность захвата противником раненых, накапливавшихся в районе боевых действий армии, так как противник усиливал свои атаки, пытаясь сомкнуть кольцо окружения. Перешеек, соединяющий армию с войсками фронта, становился все уже. Обстановка настоятельно требовала быстрой эвакуации раненых. Но для этого оставалась единственная возможность: легкораненых направить пешком, а тяжелораненых нести на носилках. Собралось несколько тысяч человек, которым предстояло пройти значительное расстояние по узкой полосе, простреливаемой с двух сторон противником.

Когда цель уже была близка, раненые попали под все усиливавшийся огонь противника... Люди заколебались, залегли. Руководивший колонной начальник медицинской службы армии, воспитанник Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова военврач 1-го ранга К. К. Боборыкин понял, что промедление — смерти подобно. Встав во весь рост, Константин Константинович подал команду людям, приникшим к земле: «Коммунисты, комсомольцы, беспартийные большевики, вперед!». Сопровождающие и раненые поднялись, двинулись вперед под огнем противника. Это было спасение. Как потом доносил начальник Военно-санитарного управления Волховского фронта бригаврач А. Е. Песис, в госпитали было доставлено большое число раненых. За инициативу, смелость и мужество военврач 1-го ранга К. К. Боборыкин был награжден в мае 1942 г. орденом Красного Знамени.

Свидетельством высокого советского патриотизма, стойкости и мужества военных медиков является исключительный по своей силе документ, пролежавший 10 лет в сталинградской земле. Этим доку-

¹ «Медицинский работник», 17 мая 1954 г.

ментом является потемневший от времени паспорт, выданный в Сталинграде в 1941 г. на имя врача И. И. Пономаренко. После двухмесячного участия в ожесточенных боях на улице волжской твердыни, Иван Иванович 29 октября 1942 г. был в районе площади 9 января (ныне площадь Обороны) тяжело ранен. Сделав себе перевязку и теряя силы, Пономаренко написал на своем паспорте следующее:

«Пишу своею кровью, ибо чернил в эти минуты в Сталинграде нет... Быть патриотом — надо честно трудиться. С 12-летнего возраста, без помощи родителей, работал в совхозе Буденного, Чутово, Полтавской области, учился. Затем поступил в Медицинский институт, который окончил в 1941 г. ...На это меня направила славная ВКП(б), она вырастила и закалила меня для схватки с проклятым врагом, за это я благодарен ей... Любите Родину, народ и родную ВКП(б), которая создана гением человечества Лениным... Она создала нам условия учиться и трудиться... Свой врачебный диплом оправдал. После отбитых атак я оказывал медицинскую помощь нашим бойцам и офицерам... Чувствую свою гибель, силы покидают, кровь просочилась через повязки... Умирать на 26-м году жизни не хочется. Так хочется жить! На случай смерти, считайте, что умер членом ВКП(б)...»

Врач-коммунист Пономаренко остался жить, врачи его вылечили, вернули в строй и он прошел славный боевой путь от Сталинграда до Берлина, награжден пятью орденами и четырьмя медалями.

* *
*

Деятельность медицинской службы в первом периоде Великой Отечественной войны представляет важный этап в развитии системы и методов медицинского обеспечения Красной Армии. Работа медицинской службы в оборонительных сражениях, при отходе наших войск, а затем в условиях успешно развивающегося контрнаступления позволила выявить основные особенности и трудности медицинского обеспечения, обусловленные начальным периодом войны, и показала необходимость перестройки организационных форм и методов медицинского обеспечения войск, сложившихся в предвоенный период.

Весьма важное значение имел опыт медицинского обеспечения Красной Армии в битве под Москвой для выяснения специфических особенностей деятельности медицинской службы в период контрнаступательных операций. По сути дела это был первый в истории отечественной военной медицины солидный опыт медицинского обеспечения такого рода боевых действий, который позволил сделать научно обоснованные выводы об условиях деятельности медицинской службы и об основных направлениях в решении задач медицинского обеспечения контрнаступательных операций. Стало очевидным, что медицинское обеспечение войск в контрнаступлении относится к одному из весьма сложных видов деятельности медицинской службы. Сложность его обусловлена прежде всего необходимостью коренной перестройки организации медицинского обеспечения войск, сложившейся в ходе оборонительного сражения, к новым условиям, поро-

ждаемым переходом войск к наступательным действиям. При этом указанная перестройка резко затруднена большой загруженностью лечебных учреждений ранеными и больными, поступившими в ходе предшествующих напряженных оборонительных боев и отсутствием вследствие этого сколько-нибудь значительного числа резервных средств медицинской службы. Отсюда — исключительно важное значение рациональной организации и оперативности в осуществлении маневра этими средствами.

Работа медицинской службы в ходе контрнаступления под Москвой отчетливо показала, насколько важно организовать в ходе операции маневр средствами медицинской службы, обеспечивающий систематическое и своевременное выдвигание вслед за войсками армейских, а в последующем и фронтовых лечебных учреждений. Осуществление такого маневра резко затруднялось отсутствием в распоряжении начальников медицинской службы армий и фронтов достаточного количества полевых подвижных госпиталей, что исключало возможность иметь резерв этих учреждений к началу контрнаступления.

Опыт медицинского обеспечения Красной Армии в первом периоде Великой Отечественной войны показал необходимость значительного увеличения количества полевых лечебных учреждений. Они были необходимы прежде всего для содействия войсковой медицинской службе в целях проведения в ходе операции бесперебойного маневра дивизионными медицинскими пунктами, а также для развертывания полноценных госпитальных баз в армейском тыловом районе. В соответствии с существовавшими в начале Великой Отечественной войны принципами построения организационно-штатной структуры медицинской службы это увеличение полевых подвижных госпиталей предусматривалось преимущественно в составе ее армейского звена. В таком именно направлении и осуществлялось в дальнейшем наращивание мощности коечной сети действующей армии.

Однако опыт медицинского обеспечения Красной Армии в первом периоде войны позволил выявить и другую сторону решения задачи бесперебойного маневра лечебными учреждениями в ходе успешно развивающегося наступления, которая оказалась в дальнейшем весьма перспективной. Речь идет о зарождении принципов «маневра из глубины» фронтовыми лечебными учреждениями, что было впервые осуществлено на Западном фронте в ходе контрнаступления под Москвой. Правда, общее несоответствие имевшейся в то время коечной сети и, особенно, крайне недостаточное число полевых подвижных госпиталей еще не дали возможности показать в полной мере положительные стороны этого вида маневра. Но даже при всем его несовершенстве преимущества «маневра из глубины» отчетливо видны при сопоставлении положения, сложившегося на Калининском и на Западном фронтах.

Работа медицинской службы в сложных условиях маневренных боевых действий первого периода Великой Отечественной войны с полной очевидностью показала важное значение тесного взаимодействия армейских и фронтовых средств медицинской службы как одного из существенных условий успешного решения задач медицинского обеспечения войск в обстановке, требующей умелого и гибкого

маневрирования наличными средствами. При этом одной из наиболее эффективных форм такого взаимодействия при наступательных действиях явилось выдвижение вперед — в армейский тыловой район — фронтовых средств медицинской службы.

Опыт медицинского обеспечения Красной Армии отчетливо показал, что действенная реализация принципа этапного лечения с эвакуацией по назначению возможна только при создании в составе госпитальной базы армии полевых лечебных учреждений, предназначенных для оказания специализированной медицинской помощи различным группам раненых и больных, эвакуируемых по назначению из дивизионных медицинских пунктов. В первую очередь ощущалась необходимость таких специализированных госпиталей для легкораненых, раненных в голову и для терапевтических больных. Проведенные в дальнейшем мероприятия по организационному закреплению принципов этапного лечения с эвакуацией по назначению во многом представляли собой практическую реализацию опыта, приобретенного медицинской службой во время первого периода Великой Отечественной войны.

С особой остротой и очевидностью выявилась в первом периоде Великой Отечественной войны важность своевременной информации начальников медицинской службы о всех наиболее существенных изменениях боевой обстановки. Многие серьезные недостатки медицинского обеспечения нередко были обусловлены только несвоевременным ознакомлением начальников медицинской службы с новыми задачами обеспечиваемых войск. Так было в 1942 г. в 30-й армии Калининского фронта в период Ржевской наступательной операции и в 8-й армии Волховского фронта в период Синявинской операции. В целях устранения недостатков в медицинском обеспечении войск был издан приказ Народного Комиссара Обороны СССР № 701 от 10 сентября 1942 г., который сыграл исключительно важную роль в упорядочении управления медицинской службой. В этом приказе предписывалось «...Военным Советам фронтов и армий улучшить руководство медицинской службой, систематически и своевременно ориентировать санитарных начальников в изменении боевой обстановки...»

В ходе первого периода войны завершилось развертывание медицинской службы Вооруженных Сил СССР и окончательно определились научно обоснованные формы и методы медицинского обеспечения войск. Наряду с этим отчетливо определились и слабые стороны подготовки военно-медицинских кадров, а также возможные пути их преодоления. Исключительно большие трудности медицинского обеспечения Красной Армии, порожденные своеобразными условиями первого периода Великой Отечественной войны, были преодолены медицинской службой, благодаря неослабному вниманию к ее нуждам Коммунистической партии и Советского правительства. Успешное выполнение задач, стоявших перед нею, обеспечил самоотверженный труд медицинских работников и активное участие в медицинском обслуживании личного состава Красной Армии всей советской общественности.



1943

Глава V

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КРАСНОЙ АРМИИ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (НОЯБРЬ 1942 г. — ДЕКАБРЬ 1943 г.)



Военно-политическая обстановка для Советского Союза к началу второго периода Великой Отечественной войны продолжала оставаться напряженной. Немецко-фашистские вой-

ска все еще блокировали Ленинград, угрожали Москве, находясь в 150—200 км от нее, вели боевые действия в Сталинграде и в предгорьях Главного Кавказского хребта. Под временной оккупацией находились богатейшие промышленные и сельскохозяйственные районы нашей страны, где до войны проживало около 45% всего населения Советского Союза, производилось 33% валовой продукции промышленности, находилось 47% всех посевных площадей и 45% поголовья скота¹.

Перестройка народного хозяйства страны на военный лад в основном была завершена к осени 1942 г. Однако эвакуированные в восточные районы страны фабрики и заводы, как и вновь построенные в этих районах предприятия, только еще набирали необходимые темпы производства.

Советский Союз не только продолжал вести военные действия один на один с блоком фашистских государств, но и был вынужден в то же время держать значительные силы против Японии и Турции, армии которых, ожидая исхода борьбы в битве на Волге, готовы были в любую минуту начать военные действия против нашей страны.

В этих сложных условиях Красная Армия обескровила противника, заставила его перейти от наступления к обороне, а затем сама перешла в контрнаступление и общее наступление. Главные усилия в зимней кампании 1942—1943 гг. советское командование сосредоточило на юго-западном направлении, для чего было привлечено до 25% стрелковых дивизий и 70% танковых и механизированных корпусов, имевшихся в составе всех действующих фронтов.

Основным событием кампании явилось контрнаступление в районе Сталинграда и общее наступление Красной Армии, развернувшееся на фронте от Ленинграда до предгорий Кавказа. Подготовка к контрнаступлению осуществлялась в ходе тяжелых оборонительных боев. Контрнаступление проводилось на территории со слабо развитой сетью железных и шоссейных дорог, при наличии в тылу действующих фронтов мощных водных рубежей (Волга и Дон) с ограниченным количеством мостов через них. Все это существенно отразилось на работе тыла и организации медицинского обеспечения войск.

В ходе предпринятых Красной Армией наступательных операций было разгромлено около 100 дивизий противника, а линия фронта

¹ Н. Вознесенский. Военная экономика СССР в период Великой Отечественной войны. Госполитиздат, 1948, стр. 157.

оказалась отодвинутой на запад на 600—650 км. Были освобождены важные в экономическом отношении районы: Северный Кавказ, области — Сталинградская, Ростовская, Воронежская, Курская и часть Ворошиловградской.

Началось массовое изгнание немецко-фашистских войск с территории нашей страны.

Летне-осенняя кампания 1943 г. включала оборонительные действия и контрнаступление Красной Армии под Курском, а также общее наступление на Смоленском направлении, Левобережной Украине и на Таманском полуострове. В этой кампании главный удар советское командование продолжало наносить на юго-западном направлении, куда было привлечено 35% стрелковых дивизий и 86% танковых и механизированных корпусов всех действующих фронтов. Только в контрнаступлении под Курском приняли участие войска 6 фронтов (Западного, Брянского, Центрального, Воронежского, Степного и Юго-западного).

В ходе летне-осенней кампании было разгромлено 118 дивизий противника. Советские войска продвинулись на запад еще на 300—600 км, освободили территорию Смоленской, Брянской областей, Левобережную Украину, форсировали Днепр и захватили плацдармы на его правом берегу, очистили от противника Таманский полуостров. Нашей Родине были возвращены крупные промышленные центры и районы: Донецкий бассейн, Харьков, Днепропетровск, Запорожье, плодороднейшие земли Кубани и Левобережной Украины. 6 ноября 1943 г. была освобождена столица Украины — древний Киев.

В обеих кампаниях второго периода Великой Отечественной войны Красная Армия, используя военно-экономические возможности страны и накопленный боевой опыт, вела широкие наступательные действия. При этом наступление велось в полосах шириной от 1 200 км (зимняя кампания) до 1500—2000 км (летне-осенняя кампания с привлечением значительных сил. Общая глубина продвижения советских войск за второй период составила на разных направлениях от 500 до 1300 км; средний темп наступления в отдельных операциях достигал 18—20 км в сутки.

После разгрома немецко-фашистских войск в районе Сталинграда, а затем под Курском, военно-политическая обстановка коренным образом изменилась в лучшую сторону для Советского Союза. В ходе Великой Отечественной войны и второй мировой войны в целом наступил коренной перелом.

Изменение характера боевых операций Красной Армии сказалось на условиях работы медицинской службы по организации медицинского обеспечения войск. Во второй период войны в связи с наступательными действиями Красной Армии значительно возросла роль Главного военно-санитарного управления как центрального органа управления медицинской службой. ГВСУ обобщало опыт медицинского обеспечения войск и делало необходимые практические выводы по совершенствованию организационных форм и методов деятельности медицинской службы.

Так, незадолго до начала зимней кампании начальник ГВСУ Е. И. Смирнов, отметив в своем служебном письме ряд недостатков

в организации лечебно-эвакуационного обеспечения войск, требовал в частности, осуществлять это обеспечение по эвакуационным направлениям с развертыванием на каждом из них «в недалеком расстоянии от передовой линии» специализированных госпиталей (СХППГ, ГЛР, ИГ) и эвакуационных приемников¹. В этом письме далее подчеркивалось, что медицинская служба «может успешно работать, применяя... грамотный и своевременный маневр» и всегда имея в резерве значительную часть своих сил и средств.

На основании расчетов коечной сети, сделанных в Главном военно-санитарном управлении, в армиях на каждые 100 чел. личного состава полагалось иметь 8,53 койки. Кроме того, примерно столько же коек надлежало иметь на каждую армию в составе госпитальной базы фронта. Исходя из этих расчетов, приказом НКО была установлена необходимость иметь в каждой армии, выполняющей ударную задачу, не менее 8000—10 000 госпитальных коек. Увеличение мощности госпитальных баз армий и фронтов являлось одним из главных условий, позволяющих улучшить лечение основных контингентов раненых и больных в армейском и фронтовом районах.

Настойчивыми усилиями Главного военно-санитарного управления, главных специалистов, руководящего состава медицинской службы фронтов и армий во всех звеньях медицинской службы Красной Армии проводится большая работа по разъяснению и внедрению в практику основных положений единой полевой военно-медицинской доктрины. Ее положения во втором периоде Великой Отечественной войны стали основой организации медицинского обеспечения войск. При этом в 1943 г. с особой настойчивостью проводились принципы своевременности медицинской помощи раненым и больным и раннего оказания квалифицированной и основных видов специализированной медицинской помощи. Эвакуация раненых и больных из района боевых действий в тыл и распределение их по армейским, фронтовым и тыловым лечебным учреждениям производились в соответствии с характером и объемом медицинской помощи и лечения, в которых они нуждались, а также в зависимости от боевой обстановки. Непременными условиями успешного решения задач медицинской службы в области лечебно-эвакуационного обеспечения войск стали сочетание медицинской помощи, лечения и эвакуации в едином комплексном процессе, последовательность и преемственность медицинской помощи, опирающиеся на единые принципы лечения и четкую медицинскую документацию.

Важную роль в улучшении дела лечения раненых и больных сыграл VII пленум Ученого медицинского совета при начальнике ГВСУ, состоявшийся накануне летне-осенней кампании 1943 г. На пленуме были рассмотрены актуальные вопросы медицинского обеспечения Красной Армии, способствующие дальнейшему улучшению качества лечебной работы. В их числе были такие важные проблемы, как вторичный шок, восстановительная хирургия, огнестрельные ранения суставов, ампутация, невриты военного времени и пневмонии у раненых.

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 35488, д. 605, лл. 251—265.

Все эти проблемы получили на пленуме единую научную трактовку с конкретными рекомендациями по их практическому решению.

Особое внимание пленум уделил проблеме восстановительной хирургии как источнику пополнения резервами действующей армии. Анализ причин увольнения с военной службы, проведенный в то время, показал, что около $\frac{1}{3}$ общего числа инвалидов может быть возвращено в строй или к труду при условии активного оперативного и консервативного лечения. Вот почему заместитель главного хирурга Красной Армии генерал-лейтенант медицинской службы С. С. Гирголав говорил в своем заключительном слове на пленуме: «Вся хирургическая деятельность любого этапа должна быть сейчас подчинена именно этой единой цели — тому, чтобы восстановить в кратчайшие сроки боеспособность и трудоспособность каждого раненого».

По состоянию на 1 мая 1943 г. медицинская служба была укомплектована врачами на 92% и фельдшерами на 92,9%. К 1 января 1943 г. обеспеченность фронтов старшими операционными сестрами колебалась от 94,5 до 100%, а санитарными инструкторами — от 70,1 до 99,1%. Кадры медицинского состава были в целом равномерно распределены по фронтам, но при укомплектовании предпочтение отдавалось тем из них, которые вели наиболее активные боевые действия¹.

Наблюдался рост (правда, медленный) и количества врачей-специалистов, но их было все еще далеко недостаточно. Так, с 1 июля 1942 г. по 1 мая 1943 г. укомплектованность хирургами, токсикологами и эпидемиологами соответственно повысилась: на 13,8%, 19,5% и 1,5%. Но при этом оставался довольно значительный некомплект хирургов — 36,2%, токсикологов — 22,8%, эпидемиологов — 14,5%².

По-прежнему напряженным для медицинской службы было положение с санитарями и санитарями-носильщиками. Эта категория медицинского состава несла очень большие потери. Укомплектованность ряда фронтов санитарями и санитарями-носильщиками достигала 58—72% к их штатной численности. И это несмотря на то, что количество штатных должностей санитаров и санитаров-носильщиков к концу рассматриваемого периода сократилось. Удельный вес их в стрелковой дивизии в конце 1943 г. по отношению к общей численности дивизии составил 0,62%, а с учетом ротных санитаров 1,7%³. Напряженное положение с обеспеченностью войск санитарями и санитарями-носильщиками усугублялось тем, что они довольно часто использовались в качестве рядовых бойцов, в боевых порядках войск.

На деятельности медицинской службы отрицательно сказывался, особенно в начале осенне-зимней кампании, малый опыт работы медицинского состава, в первую очередь его руководящего звена, в условиях широко развернувшихся наступательных действий Красной Армии. Начальники медицинских служб армий и фронтов еще не во всех случаях создавали в условиях наступления мощные госпитальные базы в армиях. Часто при этом ссылались на отсутствие жилого фонда в армейском районе. В результате отставания госпитальных баз ра-

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47166, д. 174, лл. 344, 453.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 47166, д. 174, л. 344.

³ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47167, д. 11, л. 192.

ненные поздно поступали в лечебные учреждения, длительное время находились на догоспитальных этапах медицинской эвакуации без надлежащей медицинской помощи. Отставание госпитальных баз серьезно влияло на качество лечения раненых и больных.

Именно в связи с этим начальник Главного военно-санитарного управления Е. И. Смирнов на VII пленуме Ученого медицинского совета поставил перед руководящим составом медицинской службы Красной Армии конкретные задачи по совершенствованию организационных



Эвакогоспиталь 2966. Дер. Гулщево. Западный фронт, 1943 г.

форм маневра лечебными учреждениями в наступательных операциях. К началу наступления рекомендовалось подтягивать эвакуационные госпитали ближе к войскам. Полевые госпитали должны были на 50% выводиться в резерв начальника медицинской службы фронта (армии). Резерв полевых подвижных и эвакуационных госпиталей рекомендовалось создавать, не считаясь с перегрузкой развернутых госпиталей. Обращалось очень большое внимание на заблаговременное проведение мер, обеспечивающих лечение раненых и больных, размещенных постоем по квартирам в сельских и городских населенных пунктах.

Во втором периоде войны был проведен ряд мероприятий, способствовавших повышению уровня подготовки медицинских кадров. В медицинских учебных заведениях был восстановлен нормальный срок обучения, сокращенный в 1941 г. Были ликвидированы (в феврале 1943 г.) школы младших военных фельдшеров с 7-месячным сроком обучения. В соответствии с постановлением ГКО от 25 декабря 1942 г. была реорганизована Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова.

В академии были созданы три факультета, из них один обеспечивал первичную подготовку врачей и два факультета — лечебно-профилактический и командно-медицинский — предназначались для усовершенствования врачей. Новые задачи подготовки и усовершенствования врачей требовали организации ряда новых кафедр. Основная часть академии продолжала свою работу после эвакуации из Ленинграда в Самарканде, а командно-медицинский факультет формировался в г. Москве. Таким образом, одной из главных задач академии стала теперь подготовка и усовершенствование руководящих медицинских кадров.

Ученые академии (Л. А. Орбели, Н. Н. Савицкий, В. И. Воячек, С. С. Гирголав, И. Р. Петров, П. П. Гончаров, В. Н. Шамов, М. И. Аринкин и др.) успешно разрабатывали важные научные проблемы: лечение огнестрельных ран и переломов, травматический шок, его профилактика и лечение, переливание крови и кровезамещающих жидкостей, методы восстановительной хирургии и многие другие. Все это позволило резко улучшить качество подготовки и усовершенствования врачей, создав необходимые предпосылки для превращения академии в подлинно научный, учебный и лечебный центр медицинской службы Красной Армии.

В ходе второго периода Великой Отечественной войны развернулись работы по формированию Военно-медицинского музея, ставшего после войны своеобразным памятником героизму советских медиков, мощным учреждением по разработке и обобщению опыта советской военной медицины, пропагандистом военно-медицинских знаний.

Впервые в истории Вооруженных Сил нашей Родины медицинскому составу Красной Армии в 1943 г. были установлены единые со всем офицерским корпусом воинские звания.

* * *

К 1 января 1943 г. коечная сеть лечебных учреждений Красной Армии по сравнению с 1 января 1942 г. расширилась на 21,2%. Армии Донского и Сталинградского фронтов перед контрнаступлением под Сталинградом имели в среднем в своих госпитальных базах соответственно 4433 и 3900 коек и мест, 5,4% к общей численности их боевого состава. Примерно такова же была в это время обеспеченность койками и армий других фронтов¹. Так, в 3-й Ударной армии Калининского фронта в период Великолукской наступательной операции (24/XI 1942—20/I 1943 г.) на каждые 100 чел. личного состава приходилось 5,5 коек и мест. Госпитальная база 67-й армии Ленинградского фронта в операции по прорыву блокады Ленинграда (12—18/I 1943 г.) состояла всего лишь из 2400 коек и мест. Это значительно меньше того количества коек, которое предусматривалось расчетом ГВСУ.

Достигнутые в ходе войны успехи в развитии всех отраслей народного хозяйства нашей страны все в большей степени сказывались на повышении уровня обеспеченности медицинской службы необхо-

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47167, д. 11, лл. 30, 198.

димыми силами и средствами. С 1 января 1943 г. по 1 января 1944 г. госпитальная коечная сеть страны увеличилась на 23%. Заметно расширилась емкость госпитальных баз фронтов и армий, что видно из данных, приведенных в табл. 6.

Как и в первый период войны в состав госпитальных баз фронтов входили и эвакуогоспитали Наркомздрава и ВЦСПС. Хотя количество таких госпиталей по сравнению с предыдущим периодом войны умень-



Одна из палат ЭГ 992 (Ленинградский фронт) после прямого попадания артснаряда. 1943 г.

шилось, но тем не менее оно оставалось еще довольно большим. В мае 1943 г., например, 48,1% всех коек эвакуационных госпиталей госпитальных баз фронтов были развернуты за счет госпиталей Наркомздрава и ВЦСПС. Эти госпитали по-прежнему подчинялись медицинской службе фронта только в оперативном отношении, что усложняло и без того трудную работу ее руководства по управлению госпитальной коечной сетью.

Значительно возрос уровень обеспеченности медицинской службы полевыми подвижными госпиталями. Так, если на 1 января 1942 г. в армейском и фронтовом тыловых районах количество коек полевых подвижных госпиталей составило всего 9,1% к общей емкости коечной сети госпитальных баз, то в начале зимней кампании второго периода этот процент повысился (по состоянию на 1 января 1943 г.) до 27,6, а на 1 января 1944 г. он равнялся 25,1¹. Следовательно, мобильность медицинской службы и ее возможности к осуществлению маневра

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47167, д. 11, лл. 30, 198, 302—305.

**Увеличение числа коек в госпитальных базах фронтов
и армий за период с 1/I 1943 по 1/I 1944 г.**

Наименование фронтов	Емкость ГБФ			Средняя емкость ГБА		
	1/I 1943 г.	1/VII 1943 г.	1/I 1944 г.	1/I 1943 г.	1/VII 1943 г.	1/I 1944 г.
Воронежский (с ноября — 1-й Украинский)	27 400	58 350	105 200	2533	4541	5586
Центральный (с октября — 1-й Белорусский)	—	48 000	64 850	—	3750	5100
Юго-западный (с ноября — 3-й Украинский)	25 500	41 900	41 800	3650	4950	6131

своими силами и средствами значительно возросли, что было очень важно для организации медицинского обеспечения войск в условиях наступательных операций.

На 1 января 1943 г. в армейском тыловом районе было развернуто 27,6%, во фронтовом — 27,5% и во внутреннем тыловом — 44,9% всей госпитальной коечной сети страны. На 1 января 1944 г. эти показатели соответственно равнялись: 25,1%, 35,1% и 39,8%. Для сравнения необходимо указать, что в январе 1942 г. в армейском тыловом районе находилось 7,4%, во фронтовом — 28,4% и в тылу страны — 64,2% всех госпитальных коек, имевшихся в Красной Армии¹. Следовательно, во втором периоде войны произошло существенное перераспределение коечной сети страны. Количество коек в составе госпитальных баз армий и фронтов возросло за счет сокращения коечной сети в тылу страны. В результате этого были созданы более благоприятные условия для госпитализации и лечения в пределах действующей армии все большего числа раненых и больных.

В то же время, как и в предыдущий период, почти не происходило более или менее значительного перераспределения госпиталей (и других сил и средств) между фронтами и армиями с целью обеспечения тех из них, которые вели активные боевые действия. Так, летом 1943 г. Западный фронт располагал большим количеством коек (19,2% к общей численности войск — на 1 августа 1943 г.), чем Центральный (9,9% — на 1 июля 1943 г.) и Воронежский фронты (13,6% — на 1 июля 1943 г.), хотя эти два фронта играли главную роль в наступлении наших войск. Правда, с января по июль госпитальная база Центрального фронта (б. Донской фронт) увеличилась почти в 3 раза (с 18 000 до 55 600), но это увеличение произошло главным образом за счет переброски госпиталей из тыла страны, а не за счет их перераспределения между фронтами².

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47167, д. 11, л. 144.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 47167, д. 11, лл. 302—305.

На протяжении всего рассматриваемого периода довольно часто создавались серьезные препятствия для своевременной эвакуации раненых и больных и перемещения лечебных учреждений. Это обуславливалось неполной укомплектованностью армейских и фронтовых автосанитарных рот машинами и большой изношенностью материальной части. Так, в начале наступательной операции по освобождению Левобережной Украины некомплект автомашин в автосанитарных ротах всех армий Степного фронта достигал 42%, причем 17,3% наличного транспорта этих рот требовали капитального ремонта. В автосанитарных ротах и госпиталях Центрального фронта таких машин было около половины. Существенное влияние оказывала перегрузка транспорта, в первую очередь железнодорожного, оперативными и другими перевозками, имеющими важное народно-хозяйственное значение. При этом отрицательное влияние на интенсивность железнодорожной эвакуации раненых и больных оказывал приказ НКПС № 1127 от 24 октября 1942 г., согласно которому при нарушении графика работы железной дороги порожние санитарные поезда подлежали отправке с распорядительной станции только в седьмую очередь. Последняя — восьмая — была установлена для товарных поездов второстепенного значения. Такое положение сохранялось на железных дорогах до 3 апреля 1943 г. После неоднократных требований ЦУП ВОСО и непосредственного вмешательства ЦК ВКП(б) действовавшая очередность продвижения санитарных поездов была отменена и установлена новая: для груженых ВСП — первая, для порожних — четвертая.

В 1943 г. страна не располагала еще достаточными ресурсами, чтобы в полной мере удовлетворить потребность медицинской службы в предметах медицинского снабжения. Особенно остро ощущался недостаток гипса, перевязочного материала, сульфамидных препаратов, кровезаменителей, некоторых видов медикаментов, хирургического инструментария. Напряженное положение со снабжением действующей армии медико-санитарным имуществом и медикаментами усугублялось тем, что отправляемые из центра грузы нередко прибывали к месту назначения с большим опозданием, находясь в пути по 2—3 и более месяцев¹.

В этой обстановке ГВСУ, безусловно, правильно делало, снабжая в первую очередь действующую армию с преимущественным обеспечением фронтов, которые вели активные боевые действия. Так, в IV квартале 1943 г. все округа, а также Забайкальский и Закавказский фронты почти совсем не получили медикаментов, ряду второстепенных тогда фронтов они были отпущены в меньшем количестве, чем полагалось по плану².

Большое внимание уделялось заготовке медицинского имущества на местах. В 1943 г., например, на фронтах было заготовлено: медикаментов — 44%, перевязочных средств — 19,5%, хирургического инструментария — 12—13% от общего количества этих предметов, поступившего на снабжение Красной Армии. Первостепенное

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47165, д. 306, лл. 161—166.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 47166, д. 240, л. 222.

значение придавалось экономному расходованию медицинского имущества, а также использованию трофеев. На Калининском фронте, например, в 1943 г. было восстановлено: бинтов разных — 1 501 290 шт., ваты — 17 136 кг, шин — 13 989 шт., шприцев — 277 шт.¹

Сбор трофейного имущества медицинская служба организовывала и проводила собственными силами, не имея своих представителей в соответствующих общearмейских органах, ответственных за сбор и охрану трофейного имущества. Следует подчеркнуть, что при таком порядке нередко значительная часть трофейного медицинского имущества использовалась не по назначению или просто погибала, не будучи своевременно обнаруженной или оставленная без охраны.

Во второй период войны несколько изменилась структура санитарных потерь. Это выразилось в повышении процента тяжелораненых и уменьшении процента легкораненых. Если за период с июня 1941 г. по июнь 1942 г. тяжелораненые составляли 27,6% к числу всех раненых с определившимися исходами, то за следующий год их количество достигло 30%. Указанное обстоятельство являлось одним из показателей улучшения работы медицинской службы (и в первую очередь ее войскового звена) по выносу и вызову тяжелопораженных с поля боя. Отмечается также некоторое уменьшение процента больных (до 33,5% в 1943 г. против 34% в 1942 г.)²

Во второй период войны медицинская служба решала стоявшие перед нею задачи в исключительно сложной и трудной обстановке. Это не могло не сказаться на содержании всей ее деятельности. Не только между фронтами, но и армиями, участвовавшими в одной и той же операции, наблюдалось нередко значительное различие в формах и методах организации медицинского обеспечения войск. Отмечались многочисленные случаи, когда под влиянием конкретной боевой и тыловой обстановки, а также из-за недостатка наличных сил и средств и отсутствия необходимого опыта у личного состава медицинской службы допускались значительные отклонения от регламентированных ГВСУ нормативных положений.

Сроки поступления раненых на этапы медицинской эвакуации подвергались значительным колебаниям. По материалам Донского фронта, в период Сталинградской операции 80% раненых, поступивших на батальонные медицинские пункты, прибывало через 2 ч после ранения. В период Курской битвы на Центральном фронте такие раненые составляли всего 43%. Остальные 57% раненых поступали на БМП позже 2 часов после ранения.

В 1943 г. был произведен тщательный анализ сроков поступления раненых на ПМП. По материалам Ленинградского фронта, в первые 2 часа после ранения на ПМП поступало от 37 до 49% раненых. По данным Центрального фронта (Орловско-Курская операция), в срок до 4 часов после ранения на ПМП поступило 42,6% раненых, от 4 до 8 часов — 41,8%, от 8 до 24 часов — 15,6%. По обобщенным

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47188, д. 1, л. 47.

² Тр. ВММ, т. 4, 1958, стр. 275—276.

данным за 1943 г., около 50% раненых поступало на дивизионные медицинские пункты в период от 8 до 12 часов после ранения¹.

В ряде операций дивизионные медицинские пункты часто развертывались на значительном расстоянии от линии фронта. Так, на Калининском фронте в начале зимней кампании это расстояние достигало² (в некоторых дивизиях) — 15—38 км. В 7-й Гвардейской армии Степного фронта в начале Белгородско-Харьковской операции (август 1943 г.) часть ДМП находилась от войск в 20—25 км.

В силу ряда причин, а главным образом вследствие еще недостаточного понимания роли ХППГ первой линии в системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск, эти госпитали далеко не всегда (особенно в осенне-зимнюю кампанию 1943 г.) использовались по своему прямому назначению. Они располагались на большом (от 10 до 25 км) удалении от ДМП, как это, например, было на Северо-Кавказском фронте летом 1943 г. и, естественно, не могли устанавливать четкое взаимодействие с последними. В этих случаях ХППГ первой линии были неспособны принимать на себя в случае необходимости весь поток раненых и больных из войск, создавая тем самым условия для продвижения вперед дивизионных медицинских пунктов. Развертывание ХППГ первой линии в отрыве от дивизионных медицинских пунктов приводило к созданию в войсковом тыловом районе многоэтапности в лечении и эвакуации раненых и больных — этому серьезнейшему недостатку в организации лечебно-эвакуационного обеспечения войск.

В 1943 г. улучшились показатели лечебной работы этапов медицинской эвакуации в войсковом тыловом районе. Первая врачебная помощь на полковом медицинском пункте была оказана 30—35% раненых. Оперируемость раненых на дивизионных медицинских пунктах, по данным А. Я. Барабанова, достигла 50%. Из числа раненых, получивших первичную хирургическую обработку, большая часть оперировалась в пределах армии, в том числе на ДМП — 72,6%, в ХППГ — 18,8%, в ГБА — 7%. Только 1,6% из числа этих раненых оперировалось в ГБФ³.

Оперируемость на дивизионных медицинских пунктах снижалась при большом потоке раненых, когда хирургическая помощь оказывалась только при наличии жизненных показаний.

В связи с наступательными действиями Красной Армии очень остро стояла проблема временной госпитализации в войсковом районе нетранспортабельных раненых и больных. Эта проблема не получила в целом положительного разрешения, хотя во многих армиях и искали пути ее решения. В этой связи заслуживает внимания мероприятие, проведенное в 7-й Гвардейской армии Степного фронта во время Белгородско-Харьковской операции. В этой армии (начальник медицинской службы А. Н. Григорьев, армейский хирург П. Н. Напалков) была организована, а затем существовала всю войну

¹ Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг., т. 1. М., 1955.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 46165, д. 283, л. 69.

³ Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг., т. 1, М., 1955.

специальная нештатная группа в составе армейской ОРМУ, имевшая задачей прием от госпиталей нетранспортабельных раненых и больных, медицинский уход за ними с последующей эвакуацией за пределы армии по мере улучшения состояния госпитализированных. Такие группы имелись также в 8-й и 13-й армиях Центрального фронта.

В условиях наступательных операций важное значение в системе медицинского обеспечения войск приобретала организация четкого и постоянного взаимодействия между различными звеньями медицинской службы. В начале наступательной операции взаимодействие обычно удавалось организовать относительно неплохо; однако в ходе боевых действий оно нередко нарушалось. Это влекло за собой значительное отставание армейских лечебных учреждений от дивизионных медицинских пунктов (ХППГ первой линии). Как правило, армейские госпитали перемещались за войсками в одиночку или небольшими группами, рассредоточивались на большую глубину, в результате создавался фактически «дренажный» тип эвакуации. Нередко в ходе операции фронтовые госпитали передвигались вслед за армейскими со значительным опозданием и также небольшими группами, а иногда и в одиночку, что не способствовало организации специализированной помощи.

Недостатки в организации медицинского обеспечения войск заметно усугублялись дефектами планирования. В лечебно-эвакуационных планах недостаточно обоснованно определялись размеры санитарных потерь, не предусматривался маневр силами и средствами медицинской службы в ходе операции, не учитывалась необходимость оказания медицинской помощи военнопленным. Эти пробелы в значительной степени обуславливались тем, что медицинские начальники не всегда были ориентированы командованием в боевой обстановке.

Вместе с тем во второй период войны во фронтах и армиях проводились мероприятия по дальнейшему совершенствованию системы медицинского обеспечения войск. Одним из таких мероприятий, создавшим условия для лучшей организации этапного лечения с эвакуацией по назначению, была организация в ряде армий на эвакуационных путях специальных нештатных органов, которые должны были распределять по армейским, а нередко и фронтовым, госпиталям раненых и больных в зависимости от характера их ранения или заболевания (Н. И. Завалишин). Эти органы регулирования эвакуационными потоками стали называть медицинскими распределительными пунктами (МРП), распределительными постами (РП), диспетчерскими пунктами и пр.

Медицинская служба все чаще стала строить свою работу по эвакуационным направлениям, осуществляя медицинское обеспечение определенных оперативных группировок войск, а не отдельных соединений. Организацией этого обеспечения руководили представители санитарного отдела армии или военно-санитарного управления фронта, которых стали именовать начальниками эвакуационных направлений.

Организация лечебно-эвакуационного обеспечения войск по эвакуационным направлениям и деятельность медицинских распределительных пунктов (МРП) были немыслимы без группового, или как было принято тогда называть, «коллекторного» расположения армейских (фронтовых) госпиталей в составе первых эшелонов госпитальных баз. Такие «коллекторы» создавались, однако, далеко не всегда и, как правило, на непродолжительное время; они существовали зачастую только в начале операций.

Получила дальнейшее развитие новая форма маневра армейскими и фронтовыми госпиталями. Смысл этого маневра состоял в развертывании в армейских тыловых районах на стыке двух соседних армий так называемых межармейских госпитальных баз за счет фронтовых и армейских госпиталей. Они подчинялись фронту и принимали раненых и больных непосредственно из дивизионных медицинских пунктов и ХППГ первой линии, т. е. играли роль первого эшелона госпитальной базы армии. Этот вид маневра лечебными учреждениями наиболее широко практиковался на Западном фронте (начальник ВСУ фронта — М. М. Гурвич), где он явился дальнейшим развитием форм маневра, примененных еще в период контрнаступления под Москвой в 1941 г.

Следует упомянуть и о создании на ряде фронтов контрольно-эвакуационных госпиталей (КЭГ), игравших как бы роль барьеров для раненых и больных, эвакуируемых в тыл страны. В этих госпиталях задерживали раненых и больных, которые были плохо подготовлены к эвакуации в медицинском и материально-хозяйственном отношении.

В ходе второго периода войны возникла новая форма взаимодействия между распределительными и фронтовыми эвакуационными пунктами. Примером такого взаимодействия может служить перемещение в декабре 1943 г. из Ярославля непосредственно в прифронтовой район 2-го Украинского фронта УРЭП 27, где ему была подчинена группа дислоцированных здесь фронтовых лечебных учреждений общей емкостью на 22 000 коек. Эти госпитали в последующем в течение продолжительного времени выполняли функцию третьего эшелона госпитальной базы данного фронта, находясь в составе РЭП 27. По мере прибытия лечебных учреждений из тыла страны эвакуационные госпитали фронта освобождались от раненых и больных и направлялись в распоряжение Военно-санитарного управления (И. М. Черняк).

Была значительно усовершенствована организация специализированной медицинской помощи. Это выразилось прежде всего в реформировании, начиная с декабря 1942 г., унифицированных полевых подвижных госпиталей в хирургические (на 200 коек) и терапевтические (на 100 коек) полевые подвижные госпитали. Одновременно с этим в Красной Армии отмечался интенсивный рост количества госпиталей для легкораненых. В 1943 г. количество коек, развернутых этими госпиталями, составило более $\frac{1}{3}$ общего числа коек, имевшихся в госпитальных базах армий и фронтов. В весенне-летнюю кампанию 1943 г. в ряде армий стали выделять госпитали для раненных в грудь и живот и для раненных в бедро и крупные су-

ставы. В составе госпитальных баз фронтов имелись как смешанные, так и специализированные госпитали при самых различных соотношениях специализированных коек в этих базах.

Важным этапом в усовершенствовании организации специализированной медицинской помощи было служебное письмо начальника ГВСУ от 21 октября 1943 г. В нем впервые было дано официальное указание о том, чтобы медицинские начальники организовывали



Главный терапевт Степного фронта Н. А. Куршаков и главный хирург фронта И. А. Зворыкин. 1943 г.

специализированную медицинскую помощь с учетом охвата ею всех категорий раненых, не уделяя преимущественное внимание нейрохирургическим и челюстно-лицевым раненым, как до этого зачастую практиковалось на местах.

Второй период войны характеризовался дальнейшим совершенствованием службы крови. Было установлено централизованное снабжение фронтов кровью и ее препаратами, организованы при военно-санитарных управлениях фронтов и санитарных отделах армий, а также при управлениях фронтовых и полевых эвакуационных пунктов отделы переливания крови. В стране стали формировать передвижные станции переливания крови Наркомздрава, предназначавшиеся для работы на театре военных действий. Институты и наиболее крупные станции переливания крови страны полностью переключились на заготовку крови для фронта и тыловых госпитальных баз. Одно-

временно в этих учреждениях проводилась весьма интенсивная научно-исследовательская работа по актуальным для медицинской службы вопросам. Изучались способы увеличения сроков хранения консервированной крови, проблемы борьбы с инфицированием крови при ее заготовке, разрабатывалась структура военных станций переливания крови (А. А. Багдасаров, Ф. Р. Виноград-Финкель, А. Е. Киселев, А. Н. Филатов). Большое внимание уделялось также получению новых кровезамещающих растворов, проблеме донорства (Л. Г. Богомолова, Я. Г. Ронзенберг, Н. А. Федоров, Д. М. Гроздов, П. С. Васильев). Медицинская служба действующей армии в 1943 г. получила около 250 000 л консервированной крови. Частота переливаний крови на отдельных фронтах достигла 7,5% к числу раненых.

Медицинская служба Красной Армии проделала огромную работу по эвакуации раненых и больных. В 1943 г. объем ее по сравнению с 1942 г. увеличился более чем на 70%. В этом же году в тыл страны было перевезено 35,8% общего числа раненых и больных против 36,9% в 1942 г. Количество раненых и больных, оставляемых для лечения в армейском и фронтовом тыловых районах, было неодинаковым. Оно значительно колебалось в зависимости от многих факторов, но имело общую тенденцию к увеличению. Так, если на Донском фронте во время битвы на Волге число эвакуированных за пределы фронта составляло 70,9% числа лечившихся, то в последующих операциях это количество уменьшилось до 55,2%. В 7-й Гвардейской армии Степного фронта в период Белгородско-Харьковской операции в армейском тыловом районе было оставлено на лечение 42,4% раненых и больных (к числу лечившихся).

Соотношение количества раненых и больных, эвакуированных различными видами транспорта (в % к общему числу эвакуированных за год) показано в табл. 7¹.

Таблица 7

Число раненых и больных, эвакуированных различными видами транспорта
(в % к общему числу эвакуированных)

Эвакуация в эвакупункты	Авиатранс-порт	Автотранс-порт	Санитарно-транспортные суда (СТС)	Пассажир-ские поезда	Военно-са-нитарные «летучки»	Временные военно-сани-тарные поез-да (ВВСП)	Постоянные военно-сани-тарные поез-да (ПВСП)
Фронтовые	1,4	7,6	0,2	3,2	62,2	22,2	3,2
Тыловые	0,1	1,0	1,9	4,3	15,1	30,3	47,3

При эвакуации раненых и больных в войсковом и армейском тылу медицинская служба широко использовала автомобильный порожняк. Например, во время оборонительного этапа Курской битвы на долю раненых и больных, эвакуированных таким путем за пределы госпи-тальных баз армий, приходилось: в 13-й армии — более 42%, в 70-й

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47167, д. 11, л. 37.

армии — 71 %, в 60-й армии — 70—80 % ¹. На фронтах и в армиях было немало случаев, когда вовсе прекращалась эвакуация раненых и больных по железной дороге и ВСП загружались с двух- и трехкратным превышением своей штатной емкости. Довольно часто приходилось эвакуировать раненых и больных в необорудованных товарных вагонах. Протяженность грунтового пути эвакуации нередко достигала 125—200 км.



Исследование воды при проведении санитарно-эпидемической разведки. Калининский фронт, 1943 г.

В деятельности медицинской службы Красной Армии важное место занимали вопросы санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения войск. По сравнению с первым периодом войны обстановка в этом отношении значительно ухудшилась. Уже в начале 1943 г. на ряде фронтов возникла серьезная вспышка туляремии. Особенно неблагоприятно было с этим заболеванием на Западном и Донском (б. Сталинградском) фронтах.

Санитарно-эпидемическое состояние Красной Армии явно ухудшилось и по ряду других инфекционных заболеваний, прежде всего по сыпному и брюшному тифам, а также дизентерии.

Увеличение инфекционной заболеваемости явилось следствием эпидемического неблагополучия районов боевых действий в связи с широким распространением инфекционных болезней среди местного населения, проживавшего на оккупированной территории, и советских

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47167, д. 11, л. 32—37.

военнопленных, освобождаемых нашими войсками из фашистской неволи. Таким образом, в отличие от первого периода войны, когда инфекции в действующую армию в основном завозились из тыла страны, во второй период источники инфекционных болезней среди войск находились в районе их боевых действий. Указанное обстоятельство во многом определило как организационные формы, так и содержание противоэпидемического обеспечения войск действующей армии.

Противоэпидемические мероприятия сводились к проведению среди личного состава войск профилактических прививок, недопуще-



Санитарная обработка личного состава войсковой части.

нию контакта с местным населением, организации постоянной санитарно-эпидемиологической разведки с наращиванием ее действенности путем усиления нижестоящего звена медицинской службы противоэпидемическими силами и средствами вышестоящего звена (так называемая эшелонированная санитарно-эпидемиологическая разведка).

Основное внимание уделялось противоэпидемической работе среди местного населения. Эта работа выполнялась медицинской службой в тесном контакте с местными органами гражданского здравоохранения там, где они имелись. Так, в 1943 г. силами и средствами медицинской службы было подвергнуто санитарной обработке только в эпидемических очагах более 1,5 млн. чел. гражданского населения и продезинфицировано 1,7 млн. комплектов сдѣжды. В системе противоэпидемической защиты войск важная роль по-прежнему отводилась санитарно-контрольным пунктам. В 1943 г. этими пунктами было проведено 77 522 осмотра эшелонов, из которых более 20% потребовало последующей санитарной обработки.

Формы и методы работы медицинской службы Красной Армии во второй период войны наиболее ярко проявились во время крупнейших битв на Волге, по освобождению Северного Кавказа, на Курской дуге и при освобождении Левобережной Украины.

К началу контрнаступления под Сталинградом медицинская служба Донского и Юго-западного фронтов имела довольно ограниченное число лечебных учреждений, которые к тому же были разбросаны на большом пространстве. Всего в армиях Донского фронта (начальник ВСУ фронта — А. Я. Барабанов, главный хирург — В. И. Попов, главный терапевт — М. Ф. Рябов) насчитывалось 11 800 штатных коек и 1500 мест в эвакуприемниках. В госпитальной же базе фронта имелось всего лишь 18 100 коек. Еще хуже обстояло дело на Юго-западном фронте (начальник ВСУ фронта А. Ф. Кобзев, затем — Л. Р. Маслов). Емкость его госпитальной базы была немного больше 10 000 коек, а в состав фронта вливались крупные резервы, в частности 5-я танковая армия, которая начала наступление, имея всего лишь два полевых подвижных госпиталя.

В общевойсковых армиях Юго-западного фронта емкость госпитальных баз не превышала 3500 коек. Весьма характерно при этом, что из общего числа штатных коек к началу контрнаступления в армиях было занято ранеными и больными около 90%. Как на Донском, так и на Юго-западном фронте все госпитали из-за острого недостатка в них пришлось развернуть на 160—200% их штатных возможностей. Госпитальные базы армий были сильно рассредоточены и удалены от линии фронта в исходном положении на 60—100 км. К началу операции в армиях, как правило, не было ни одного резервного госпиталя. Эта крайне низкая обеспеченность медицинской службы армий и фронтов лечебными учреждениями, особенно полевыми подвижными госпиталями, могла иметь тяжелые последствия, если бы наши войска понесли большие потери. Но, к счастью, потери были относительно невелики. На Донском фронте они составили 5,8% личного состава, в то время как Западный фронт за период контрнаступления под Москвой в 1941 г. потерял 24,4% боевого состава. Санитарные потери в армиях Юго-западного фронта также не были значительными.

В ходе окружения сталинградской группировки противника с 19 ноября по 30 ноября ни одно лечебное учреждение фронтов не переместилось. В этом заключалась одна из особенностей медицинского обеспечения войск в операциях на окружение и уничтожение крупных стратегических группировок противника. Однако опыт битвы на Волге показал, что удары войск по сходящимся концентрическим направлениям с целью образования внутреннего и внешнего фронтов окружения создавали различные условия для деятельности медицинской службы. Оперативные объединения, которые действовали на внутреннем фронте окружения и уничтожали окруженную группировку противника могли иметь свои госпитальные базы в более стабильном положении. В то же время ударные группировки, формировавшие внешнее кольцо окружения противника, продвигались на значительную глубину и вели встречные сражения, сопровождавшиеся сравни-

тельно высокими санитарными потерями. На этих направлениях возникала необходимость развертывания госпитальных баз в новых районах, что было связано с большими трудностями, так как фронты имели ограниченное количество коек.

В битве на Волге медицинская служба испытывала также затруднения в организации эвакуации раненых и больных за пределы армий и фронтов, связанные с весьма небольшими возможностями для ма-

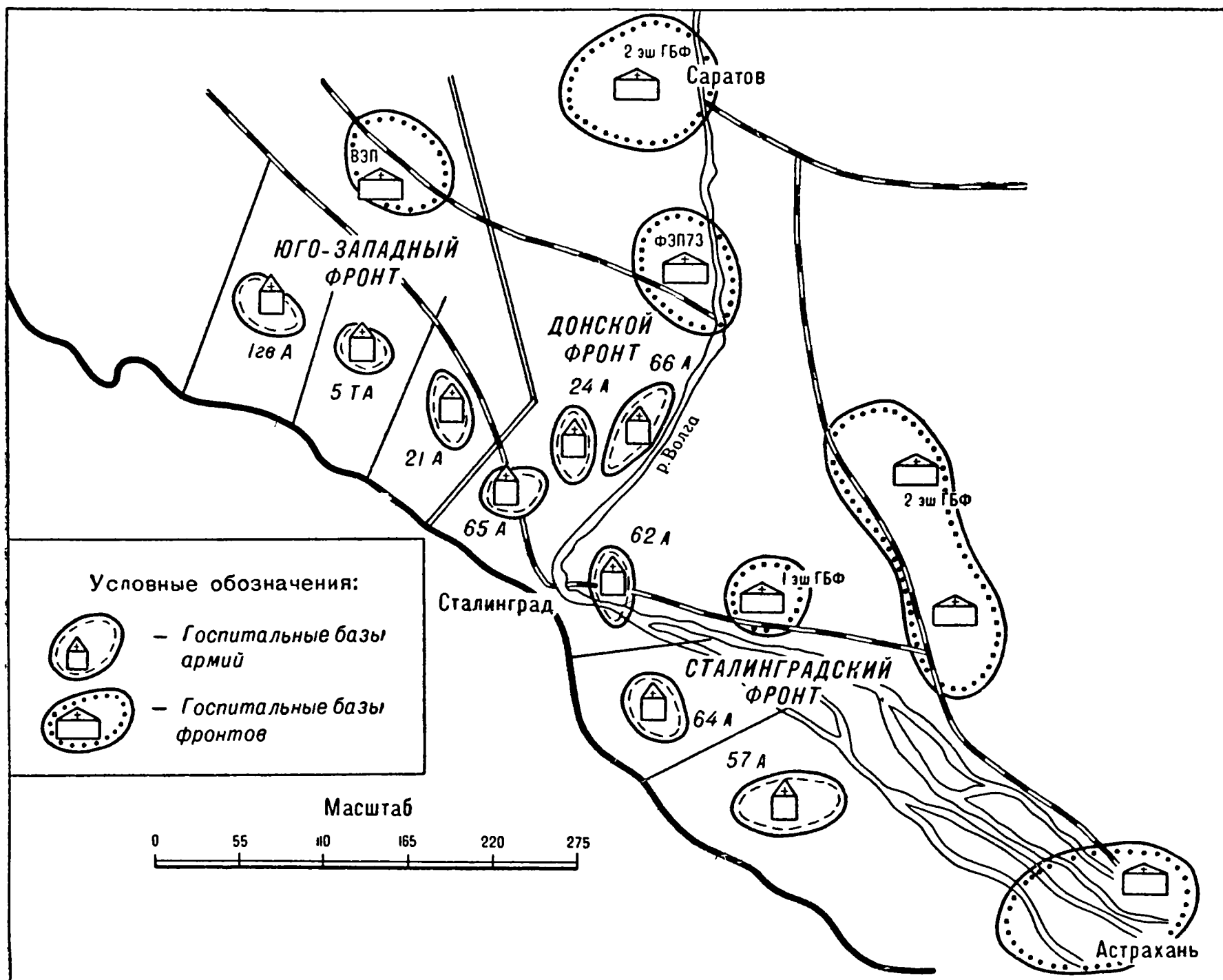


Схема размещения госпитальных баз армий и фронтов перед Сталинградской операцией. 1942 г.

неврирования подвижным железнодорожным составом. Эвакуация не только за пределы армий, но и за пределы фронтов велась преимущественно временными санитарными «летучками».

В операциях по освобождению Северного Кавказа медицинская служба фронтов и армий столкнулась с рядом трудностей, обусловленных природными особенностями театра военных действий и климатическими условиями. В полосе наступления войск часто не было дорог, на отдельных участках раненые транспортировались в медицинские пункты на руках и вьючным транспортом. Маневр госпитальными базами фронта был весьма ограниченным. В течение 1943 г. эвакуация раненых и больных из госпитальных баз фронта, развернутых на Кавказе, в тыл страны не производилась. Поэтому в ходе наступательных операций по освобождению Северного Кавказа на этом

театре военных действий осуществлялся принцип лечения раненых и больных на месте в пределах госпитальных баз фронта. В связи с этим госпитали Северо-Кавказского фронта (начальник ВСУ фронта — Н. И. Завалишин, главный хирург — П. Л. Сельцовский, главный терапевт — В. Х. Василенко) выполняли функции, характерные для госпиталей тыла страны.

Для организации медицинского обеспечения войск в контрнаступлении под Курском существенное значение имело то обстоятельство, что оборонительное сражение войск Центрального и Воронежского фронтов носило преднамеренный характер. Это обусловило заблаговременное проведение большинства подготовительных мероприятий по медицинскому обеспечению контрнаступления до начала боевых действий в период стабильного положения сторон.

Перед контрнаступлением в армиях Центрального фронта (начальник ВСУ — А. Я. Барабанов, главный хирург — В. И. Попов, главный терапевт — М. Ф. Рябов) насчитывалось 26 500 коек. Всего фронт имел 82 400 коек. На каждые 100 чел. личного состава фронта приходилось до 12 коек, причем около 30% общего количества коек находилось в армиях и около 70% — во фронтовых лечебных учреждениях. Общее количество коек в лечебных учреждениях Воронежского фронта (начальник ВСУ — С. А. Семека, главный хирург — А. М. Гуревич, главный терапевт — А. В. Куковеров) достигало 103 100, в том числе в армиях — 40 700 коек. В резерве фронта находилось 16 госпиталей на 3400 коек. Таким образом, медицинская служба обоих фронтов имела весьма значительные по тому времени силы и средства¹.

Существенное влияние на организацию медицинского обеспечения войск в контрнаступлении на Курской дуге оказывало наличие сильной глубокоэшелонированной и заранее подготовленной обороны. Такая оборона предопределяла благоприятный исход оборонительного сражения, что позволило как это видно из схемы развернуть госпитальные базы армий и фронтов с расчетом избежать больших перегруппировок лечебных учреждений для обеспечения последующего перехода войск в контрнаступление.

Госпитальные базы армий Центрального фронта были развернуты от линии фронта на расстоянии 25—30 км. Военно-санитарное управление Центрального фронта смело приблизило к армиям первый эшелон госпитальной базы фронта, развернув его в центре Курского выступа. Первый эшелон ГБФ размещался шестью группами по 5—12 госпиталей в каждой. Рассредоточенное размещение первого эшелона госпитальной базы фронта было очень важно для медицинской службы. Во-первых, оно обуславливалось активными действиями противника. Такое размещение коечной сети имело большое значение, во-вторых, еще и потому, что оно создавало возможность маневра лечебными учреждениями по внутренним операционным линиям.

На Воронежском фронте тенденция приближения фронтовых госпиталей к армиям не получила столь яркого выражения, как на Центральном. Если госпитальные базы армий были развернуты на сравнительно небольшом удалении от войск, то первый эшелон ГБФ нахо-

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47165, д. 491.

дился от линии фронта на расстоянии 175 км. А если учесть особенности движения санитарных поездов по железным дорогам от госпитальных баз армий до госпитальной базы фронта, то это расстояние следует увеличить до 250—300 км. Это было связано с тем, что лечебные учреждения 38-й и 40-й армий вынуждены были вести железнодорожную эвакуацию через Курск по железнодорожному участку Центрального фронта до станции Касторная. В связи с этим в ходе контрнаступления медицинская служба Воронежского фронта испыты-

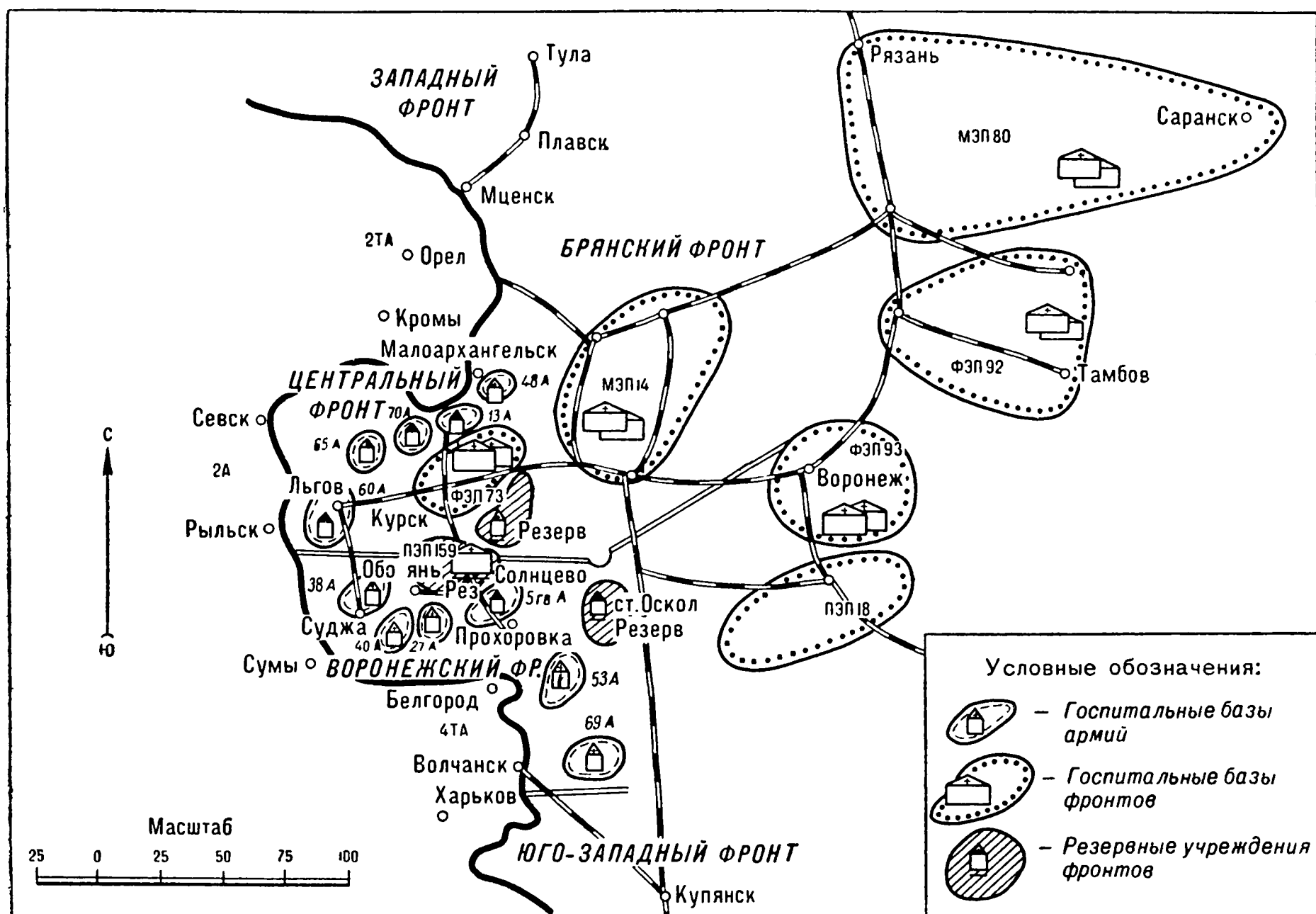


Схема группировки лечебных учреждений Центрального и Воронежского фронтов перед контрнаступлением. 15 июля и 3 августа 1943 г.

вала большие трудности в осуществлении маневра лечебными учреждениями и в эвакуации раненых и больных за пределы армий.

Весьма существенная особенность организации медицинского обеспечения войск в контрнаступлении на Курской дуге вытекала из того обстоятельства, что наступление противника привело лишь к незначительным изменениям линии фронта. Небольшая глубина продвижения противника не повлекла за собой существенных изменений в расположении сил и средств медицинской службы фронтов. В ходе оборонительных боев возникла необходимость перемещения лишь войсковых этапов медицинской эвакуации, а также некоторых армейских лечебных учреждений тех армий, которые находились на направлении главного удара немецких войск.

Упорные оборонительные бои, перерастание этих боев в контрудар, а затем в общее контрнаступление войск Центрального и Воронежского фронтов вызвали большое напряжение в работе медицин-

ской службы. Это явилось следствием поступления большого числа раненых в армейские и фронтовые госпитали до начала контрнаступления и значительной их загрузки. В ходе контрнаступления было осуществлено перемещение армейских лечебных учреждений вперед. Маневрировать ими на Центральном фронте было несложно, поскольку первый эшелон ГБФ был здесь на небольшом удалении от армейских лечебных учреждений. С большим трудом осуществлялся маневр лечебными учреждениями на Воронежском фронте, где в ходе



Участники фронтовой конференции медицинских работников. Центральный фронт, 1943 г.

контрнаступления они оказались переполненными и вынуждены были оставаться в тылу, в результате чего создавался «дренажный» тип эвакуации раненых и больных.

Эвакуация раненых и больных на Центральном и Воронежском фронтах осуществлялась в более благоприятной обстановке, чем во время контрнаступления под Сталинградом, так как сосредоточение оперативных резервов было в основном закончено еще до начала боевых действий, в связи с чем загруженность железных дорог оперативными перевозками в ходе операции была значительно меньшей.

В период подготовки и в ходе битвы под Курском медицинская служба Красной Армии получила большой опыт организации массовой эвакуации раненых и больных на транспортных самолетах. Еще в марте 1943 г. на Центральном фронте из района Курска (I эшелон ГБФ) было эвакуировано самолетами в район Ельца (II эшелон ГБФ) свыше 16 000 раненых. В отдельные дни эвакуировалось по 1600 ра-

ненных. В период контрнаступления под Курском и при освобождении Левобережной Украины (июль — декабрь 1943 г.) транспортными самолетами было эвакуировано 20 000 раненых. Одновременно транспортная авиация доставляла войскам медикаменты и консервированную кровь¹.

Отметим некоторые особенности в организации медицинского обеспечения войск в операциях по освобождению Левобережной Ук-



С. А. Семека. 1943 г.

Днепра явилась великолепной школой для медицинской службы Красной Армии. Форсирование войсками р. Днепр осуществлялось, как правило, с ходу на плотках, лодках и других подручных средствах. Вместе с передовыми подразделениями на правый берег Днепра переправлялись батальонные и полковые медицинские пункты. Раненые на плацдармах сосредоточивались к переправам, а затем на лодках и паромов доставлялись на левый берег к медицинским пунктам переправ, которые развертывались силами и средствами медико-санитарных батальонов. Когда плацдармы на правом берегу Днепра достигли

и созданию стратегических плацдармов на правом берегу Днепра. Эти операции начались сразу же после Курского сражения без оперативной паузы. Медицинская служба фронтов практически не имела времени на то, чтобы провести все необходимые подготовительные мероприятия. Вследствие этого в ходе операции медицинская служба армий и фронтов встретила с большими трудностями при осуществлении маневра госпиталей. Лечебные учреждения перемещались небольшими группами. Госпитальные базы отставали от войск и размещались несколькими эшелонами (до 4—5). Даже к началу форсирования Днепра госпитальные базы армий находились в 180—200 км от этого водного рубежа.

Героическая работа медицинских работников в период форсирования

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 35488, д. 604, л. 189.

глубины 12—15 км, началась переправа медико-санитарных батальонов и хирургических полевых госпиталей первой линии.

В связи с отставанием госпитальных баз армий и трудностями переправы раненых через р. Днепр медико-санитарные батальоны и ХППГ I-й линии на плацдармах очень быстро переполнялись ранеными. В этих сложных условиях войсковая медицинская служба получила большой опыт в организации медицинской помощи раненым и боль-



Президиум фронтовой конференции медицинских работников. Западный фронт, 1943 г. Слева направо: М. М. Гурвич, В. П. Виноградов, И. С. Хохлов, Н. Н. Бурденко, Е. И. Смирнов.

ным на оперативных и стратегических плацдармах, в организации переправы раненых через крупный водный рубеж. Личный состав армейских и фронтовых звеньев медицинской службы приложил максимум усилий к тому, чтобы ускорить прибытие госпиталей к Днепру. Более успешно эта задача была решена на Центральном фронте. Однако и здесь одиночные госпитали, прибывавшие к Днепру, очень быстро переполнялись ранеными и вынуждены были сокращать объем медицинской помощи.

За героизм, проявленный при форсировании Днепра, наиболее отличившиеся медицинские работники были удостоены высокого звания Героя Советского Союза: это — старший лейтенант медицинской службы Н. Я. Якупов, лейтенанты медицинской службы В. И. Быковский, С. В. Григорьян, А. В. Зубков, В. А. Коляда, младший лейтенант медицинской службы И. Д. Фионов, старшины медицинской службы В. С. Кашеева, М. З. Щербаченко, старшие сержанты медицинской службы Х. А. Ниотбаков, З. А. Самсонова, санитар Н. С. Ильин и др.

Медицинские работники, как и все воины Красной Армии, прилагали огромные усилия для достижения победы. Тысячи военных медиков в 1943 г. были награждены орденами и медалями. А подвиги, достойные звания Героя Советского Союза, кроме героев-днепровцев, совершили в этом году еще Н. А. Копытенков, З. М. Туснолобова, П. М. Буйко, К. С. Константинова, З. И. Маресева, Г. К. Петрова, С. Г. Абдуллаев, Ф. А. Пушина, В. О. Гнаровская, С. А. Богомоллов. Их подвиги явились свидетельством безграничной любви советского народа к своей Родине и Коммунистической партии.

При форсировании Днепра Александр Владимирович Зубков командовал взводом санитаров-носильщиков. Он обеспечил сбор раненых и оказание им первой помощи на плацдарме. 6 раз переправлялся он на плоту с ранеными через Днепр. Противник вел непрерывный обстрел и бомбил район переправы. Снаряды и бомбы рвались вокруг плота, огромные столбы воды поднимались в нескольких шагах и заливали людей. Но герои сохраняли спокойствие, мужественно выполняли свой воинский долг. Противник пытался ликвидировать плацдармы, захваченные нашими войсками на западном берегу Днепра. Его пехота и танки ожесточенно контратаковали подразделения, закрепившиеся на плацдармах. В один из критических моментов А. В. Зубков, находившийся на правом берегу Днепра, поднял в атаку свой взвод санитаров-носильщиков и связных. Дерзкая атака закончилась полным успехом: были захвачены артиллерийские орудия, ликвидированы прорвавшиеся солдаты противника. За этот подвиг А. В. Зубкову присвоено звание Героя Советского Союза.

Исключительную храбрость и человеколюбие показал и другой герой Днепра — Сергей Вартанович Григорьян. За несколько дней боев он вынес 40 тяжелораненых. Батальон, где С. В. Григорьян командовал санитарным взводом, попал в окружение. Командир батальона поднял людей на прорыв. В ходе боя С. В. Григорьян, спасая командира, закрыл его своим телом и получил смертельное ранение.

Многих тяжелораненых спас Николай Сергеевич Ильин — санитар стрелковой роты, действовавшей в составе головного отряда стрелкового полка. Ночью гвардейцы форсировали Днепр на лодках, захватили высоту. С утра противник яростно атаковал, он пытался уничтожить десант. В ожесточенных боях Н. С. Ильин вынес с поля боя 30 раненых бойцов и офицеров. До ноября 1943 г. он бесстрашно оказывал помощь раненым. 16 ноября Н. С. Ильин был сражен пулей в одном из боев под деревней Карайково Днепропетровской области.

В ноябре 1943 г. фашистские самолеты подвергли жестокой бомбардировке село Святошино. Взрывы следовали один за другим. Горели дома, надворные постройки. В этой тяжелой обстановке проявил величайший героизм командир санитарной роты полка Николай Андреевич Копытенков. Он лично выносил тяжелораненых воинов из горящего здания. Одежда на нем тлела, а затем загорелась. Не обращая на это внимания, он снова бросился на помощь людям. Многие обязаны ему жизнью. Спасая раненых, Н. А. Копытенков получил тяжелые ожоги.

Большую героическую работу в этот период вел профессор Петр Михайлович Буйко — славный сын украинского народа. Он руководил

подпольной партийной организацией в тылу врага, освободил от угона в фашистскую Германию многих советских граждан. В июне 1943 г. гестапо раскрыло деятельность отважного доктора. Он перешел в партизанский отряд и продолжал борьбу с гитлеровцами в качестве партизанского командира. Одновременно профессор П. М. Буйко лечил раненых партизан и крестьян на оккупированной территории. В октябре 1943 г. во время выполнения задания по оказанию помощи тяжелораненым партизанам в селе Ярошевка Фастовского района он был схвачен гестаповцами. Двое суток гитлеровцы пытали героя, применяли самые изощренные приемы пыток, но допрос не дал никаких результатов. Его бросили в сарай, где уже находилось 140 заложников из села Ярошевка. Крестьяне развязали П. М. Буйко, накормили и предлагали побег, но он отказался, зная, что в случае побега все население Ярошевки будет уничтожено. Утром 16 октября 1943 г. профессор П. М. Буйко был казнен. Много советских людей обязано ему своей жизнью. Подвиг П. М. Буйко стоит в одном ряду с подвигами генерала Д. М. Карбышева, Зои Космодемьянской, Лизы Чайкиной и других героев Великой Отечественной войны.

Особое место в героической летописи Великой Отечественной войны занимает удивительная по своей трудности деятельность врачей, фельдшеров, сестер и санитаров партизанских частей и соединений. В 1943 г. партизанское движение достигло огромного размаха. В тылу у гитлеровцев действовали целые партизанские соединения, медико-санитарная служба которых имела стройную организацию. Так, например, соединение А. П. Сабурова имело четырех врачей (А. Н. Федоров, Н. И. Аверьянова, Ф. Д. Цыганков, Н. М. Михно). Хорошо организованную медико-санитарную службу имели соединения С. А. Ковпака и А. Ф. Федорова. Санитарный отдел Центрального штаба партизанского движения, подпольные партийные организации в тылу врага и местное население всеми средствами содействовали успешной работе медицинских работников-партизан. По данным А. Цесарского и Н. Маевской, из числа раненых партизан было возвращено в строй от 75 до 95%. Часть раненых отправлялась самолетами на «большую землю» — в лечебные учреждения действующих фронтов.

* * *

Во второй период Великой Отечественной войны медицинская служба Красной Армии, несмотря на сложные условия своей работы, добилась более высоких показателей в лечении раненых и больных, чем в предшествовавший период. По данным Главного военно-санитарного управления, в 1943 г. в строй было возвращено 76,4% общего количества пораженных в боях и больных вместо 75,4% в 1942 г. Существенно возросла роль армейского и фронтового звеньев медицинской службы в лечении раненых и больных. Если в 1942 г. из полевых лечебных учреждений и эвакогоспиталей фронтов было возвращено в строй 52,6% общего количества раненых и больных с определившимися исходами, то в 1943 г. этот процент достиг 65,0¹.

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47167, д. 11, л. 33.

Медицинская служба добилась некоторого снижения летальности. Так, в 1943 г. она сократилась (во всех эвакогоспиталях фронтов и округов по определившимся исходам) до 2,7 против 2,8 в 1942 г.¹

Проведение в жизнь единой полевой военно-медицинской доктрины обеспечивали многие видные ученые нашей страны, работавшие главными специалистами фронтов и игравшие активную роль в операциях второго периода войны. В их числе были М. Н. Ахутин, С. И. Банайтис, А. Н. Арутюнов, А. Н. Гуревич, И. А. Зворыкин, И. Н. Ищенко, В. И. Попов, П. Л. Сельцовский (главные хирурги фронтов), В. Х. Василенко, Н. А. Куршаков, А. В. Куковеров, С. А. Пospelов (главные терапевты фронтов), М. В. Земсков, Г. А. Знаменский (главные эпидемиологи фронтов) и многие другие.

Наибольшее внимание деятелей военной медицины в этот период привлекали организационные проблемы медицинского обеспечения войск. Наибольшее количество работ в этой области было посвящено вопросам организации медицинской сортировки и эвакуации раненых и больных (А. С. Георгиевский, И. М. Черняк, Я. Н. Кричевский), управлению средствами медицинской службы и методике планирования медицинского обеспечения боя и операции (А. А. Шошин, И. С. Залкинд). Большое значение для пропаганды единой военно-полевой медицинской доктрины имели труды Е. И. Смирнова, опубликованные позднее в книге «Проблемы военной медицины».

Опыт работы медицинской службы во второй период войны значительно обогатил теорию организации медицинского обеспечения войск. Особенно большой вклад был сделан в разработку организационных форм и методов медицинского обеспечения войск при контрнаступлении. Опыт, полученный в ходе двух основных операций второго периода войны — битвы на Волге и на Курской дуге значительно расширили и углубили знания об условиях деятельности медицинской службы в контрнаступлении, которые были приобретены во время контрнаступления под Москвой в 1941 г. По сути дела этот опыт лежит в основе современных представлений об организации медицинского обеспечения войск в таком сложном и своеобразном виде боевых действий как контрнаступление. Принципы медицинского обеспечения войск в контрнаступлении, разработанные в 1943 г., были использованы медицинской службой Красной Армии в последующих операциях Великой Отечественной войны, в том числе в контрнаступлении под Балатоном в 1945 г.

Опыт медицинского обеспечения войск в гигантских битвах 1943 г. на Волге и под Курском вновь подтвердил, что контрнаступление характеризуется рядом особенностей. К ним можно отнести отсутствие оперативной паузы или крайне ограниченные сроки подготовительного этапа перед контрнаступлением, подготовку к контрнаступлению в ходе оборонительного сражения, своеобразное оперативное построение войск противника, ведущего наступление, а не оборону. Вместе с этим на работу медицинской службы существенное влияние оказывали большая заполненность госпитальных баз перед контрнаступлением и значительная удаленность их от войск, недостаточный резерв

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47167, д. 11, л. 33.

лечебных учреждений. В этих условиях возникала необходимость вести подготовительные работы по медицинскому обеспечению войск в контрнаступлении заблаговременно — до начала оборонительной операции, планировать медицинское обеспечение фронта и на оборонительный этап, и на контрнаступление, разворачивать госпитальные базы с таким расчетом, чтобы они могли обеспечить без перемещения госпиталей как оборонительные действия войск, так и последующий переход их в контрнаступление, активно содействовать медицинской службе армий, создавая межармейские госпитальные базы.

Опыт работы медицинской службы во втором этапе Великой Отечественной войны показал, что медицинское обеспечение в контрнаступлении организуется в зависимости от двух основных вариантов оперативного использования войск фронта перед контрнаступлением. В первом случае в контрнаступление переходили войска фронта, участвовавшие до этого в тяжелых оборонительных боях, когда оборонительные действия всех армий фронта или большей их части непосредственно перерастали в контрудары, а затем в общее контрнаступление. Во втором случае переход в контрнаступление осуществлялся войсками, которые до этого или находились в резерве и не участвовали в оборонительных боях, или действовали на второстепенных направлениях против войск противника, прикрывавших действия его ударной группировки.

Основная задача медицинской службы фронта при первом варианте контрнаступления состояла в наиболее четкой и быстрой перестройке порядка медицинского обеспечения, существовавшего во время оборонительных боев, применительно к условиям наступательных действий. Во втором варианте наиболее важное значение приобретало своевременное сосредоточение сил и средств медицинской службы и их перегруппировка в соответствии с новыми задачами войск и их оперативным построением.

Во второй период войны были разработаны и применены на практике новые организационные формы и методы противоэпидемического обеспечения войск. К ним следует прежде всего отнести эшелонированную санитарно-эпидемиологическую разведку, противоэпидемическую работу среди гражданского населения, проводимую в тесной связи с местными органами здравоохранения. Эти формы и методы не потеряли своего значения и в современных условиях. В ходе кампаний 1943 г. медицинская служба Советской Армии получила большой опыт медицинского обеспечения войск в самых сложных условиях обстановки, в различных видах боевой деятельности войск, в различное время года. Этот богатый опыт в полную меру был использован на завершающем этапе войны. Он способствовал успешному решению задач медицинской службы Советской Армии при освобождении стран Восточной Европы и разгроме фашистской Германии.



1944-1945

Глава VI

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КРАСНОЙ АРМИИ В ТРЕТЬЕМ ПЕРИОДЕ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (ЯНВАРЬ 1944 г. — МАЙ 1945 г.)



Третий период Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. является наиболее ярким этапом вооруженной борьбы советского народа против немецко-фашистских войск. Именно в этом

периоде Вооруженные Силы СССР нанесли решающие поражения гитлеровской военной машине и этим обеспечили победоносное завершение второй мировой войны в Европе. Третий период войны — с января 1944 г. по 9 мая 1945 г. В этом периоде Советские Вооруженные Силы провели три кампании: зимнюю (январь — май 1944 г.), летне-осеннюю (июнь — декабрь 1944 г.), завершающую кампанию в Европе (январь — май 1945 г.). Каждая из этих кампаний насыщена событиями огромной важности и содержит ряд выдающихся операций.

К началу третьего периода войны, благодаря великим победам, одержанным Красной Армией под Сталинградом, в битве на Курской дуге и ряде других операций, на советско-германском фронте произошел коренной перелом в пользу Вооруженных Сил СССР. Разгром немецко-фашистских войск в операциях 1943 г. позволил советскому командованию захватить инициативу и прочно ее удерживать до конца войны. Это обеспечило подготовку и проведение в третьем периоде войны крупных стратегических операций на тех направлениях и в то время, которые были наиболее выгодными для Красной Армии и обеспечивали достижение наиболее важных военно-политических результатов.

Главные события в зимнюю кампанию 1944 г. развернулись на левом крыле советско-германского фронта, где 1-й, 2-й, 3-й и 4-й Украинские фронты провели крупнейшие по своим масштабам боевые действия на Правобережной Украине (февраль — март 1944 г.). Достаточно сказать, что ширина полосы активных действий этих фронтов достигала 1700 км. И это несмотря на сложные условия, связанные, в частности, с наступившей в ходе активных боевых действий весенней распутицей. Исключительно большое значение имел также разгром немецко-фашистских войск под Ленинградом и Новгородом в январе — феврале 1944 г., осуществленный войсками Ленинградского, Волховского и 2-го Прибалтийского фронтов, а также соединениями Краснознаменного Балтийского флота и партизанскими. Важнейшую роль для последующих наступательных операций Красной Армии, проведенных на южном фланге советско-германского фронта, сыграл разгром немецко-фашистских войск в Крыму и под Одессой в апреле — мае 1944 г.

Крупнейшие события развернулись в ходе летне-осенней кампании третьего периода войны. Здесь, прежде всего, следует назвать Белорусскую операцию (23 июня — 29 августа 1944 г.), в которой приняли участие 1-й Прибалтийский, 3-й, 2-й и 1-й Белорусские фронты.

По своим масштабам, глубине, темпам наступления, четкости взаимодействия фронтов и достигнутым результатам эта операция является одним из самых выдающихся военных событий периода Великой Отечественной войны. К этой же кампании относятся Львовско-Сандомирская операция 1-го Украинского фронта (13 июля—30 августа), Яско-Кишиневская операция 2-го и 3-го Украинских фронтов (20 августа—конец сентября), операция Ленинградского, 3-го, 2-го и 1-го Прибалтийских фронтов по освобождению Прибалтики (сентябрь—октябрь), операции 4-го, 2-го и 3-го Украинских фронтов в Карпатах, Венгрии и Югославии, Петсамо-Киркинесская операция Карельского фронта (7 октября—1 ноября 1944 г.) и ряд других.

В период зимней кампании 1945 г. в Европе были организованы и проведены такие выдающиеся операции, как Восточно-Прусская 2-го и 3-го Белорусских фронтов (13 января—25 апреля), Висло-Одерская 1-го Белорусского и 1-го Украинского фронтов (14 января—2 февраля), Восточно-Померанская 2-го и 1-го Белорусских фронтов (10 февраля—31 марта), Венская 2-го и 3-го Украинских фронтов (16 марта—15 апреля), Берлинская 2-го и 1-го Белорусских и 1-го Украинского фронтов (16 апреля—8 мая), Пражская операция 1-го, 4-го и 2-го Украинских фронтов (6—11 мая).

Несмотря на самые разнообразные условия, в которых разворачивались боевые действия, и различный характер операций третьего периода Великой Отечественной войны, они имеют ряд общих черт, которые определили условия деятельности медицинской службы и формы медицинского обеспечения войск. Укажем лишь на основные из них.

Прежде всего необходимо отметить, что по существу все операции третьего периода войны были наступательными. Только в ходе некоторых из них, например, во время наступления в Венгрии, противник смог сосредоточить значительные силы, развернуть активные боевые действия и вынудить наши войска перейти к обороне (Балатонская оборонительная операция). Это означает, что медицинская служба Красной Армии всю свою деятельность в третьем периоде войны должна была строить в основном применительно к своеобразным и сложным условиям наступательных операций.

Весьма характерным для этого завершающего периода войны было последовательное нанесение Красной Армией ударов на различных стратегических направлениях. Хотя эти удары наносились по единому плану Верховного Главнокомандования Вооруженных Сил СССР, они являлись, как правило, неожиданными для противника. Это обеспечивалось, помимо скрытой подготовки советских войск к новым операциям, проведением подготовительных мероприятий в ограниченные сроки, чаще всего в ходе активных боевых действий на других направлениях. Эта характерная черта операций третьего периода войны предъявляла к руководству медицинской службы очень высокие требования при подготовке и планировании медицинского обеспечения войск. Особенно важно было своевременно сосредоточить на нужных направлениях необходимые силы и средства медицинской службы, так как производить многочисленные их перегруппировки между фронтами, а иногда и между армиями, в ходе развернувшихся

боевых действий было крайне трудно. В этих условиях чрезвычайно важное значение имело наличие в руках начальников медицинской службы всех степеней достаточно мощных резервов.

Наступательные операции Красной Армии в третьем периоде Великой Отечественной войны отличаются небывалым до этого размахом. На это уже указывалось выше при упоминании о боевых действиях Украинских фронтов в зимнюю кампанию 1944 г. Столь же большой размах характеризует наступательные операции и в последующие кампании этого периода войны. Так, например, операция по разгрому немцев в Белоруссии осуществлялась в полосе от 700 км в начале операции и около 1000 км к концу ее. Если учесть, что удары Красной Армии следовали один за другим, а нередко наносились одновременно, то станет понятным, что в летне-осеннюю кампанию 1944 г. и в зимнюю кампанию 1945 г. советско-германский фронт превратился в сплошную линию активных наступательных действий советских войск. При этом наступательные операции Красной Армии проводились на глубину, исчислявшуюся сотнями километров, а темпы наступления значительно возросли в сравнении с предшествующими периодами войны и достигали в среднем 15—35 км в сутки. Так, на Юго-западном театре военных действий наши войска за время наступательных боев весной и летом 1944 г. продвинулись на 1200 км; глубина Белорусской операции 1944 г. составляла около 600 км, а средний темп — 20—25 км в сутки. Войска 1-го Белорусского и 1-го Украинского фронтов в Висло-Одерской наступательной операции продвинулись на глубину 450—500 км при среднем темпе 20—22 км в сутки. В этих условиях от медицинской службы всех степеней требовалось своевременное сосредоточение и правильная расстановка к началу операции необходимых сил и средств, а также организация систематического их выдвигения вслед за войсками на всю глубину операции.

Весьма важной отличительной чертой операций завершающего периода Великой Отечественной войны является высокоманевренный характер боевых действий войск Красной Армии. При этом советское военное командование предпринимало самые различные формы маневра — изменение направлений главного удара в связи с конкретно складывающейся оперативной обстановкой, переброску войск с одного направления на другое, изменение направления действий войск, охват, обход и окружение крупных группировок войск противника. В качестве примера, свидетельствующего о разнообразии и сложном сочетании различных видов маневра в масштабе фронта, можно привести действия войск 2-го Белорусского фронта в Восточно-Померанской операции. До ее начала 2-й Белорусский фронт, участвуя в Восточно-Прусской операции, вел наступление в северо-западном направлении, причем к концу этой операции главные силы фронта оказались на побережье Балтийского залива. Такое направление наступления 2-го Белорусского фронта привело к тому, что между ним и 1-м Белорусским фронтом, выполнявшим задачи Висло-Одерской операции, образовался разрыв протяженностью около 150 км, который был занят незначительными силами наших войск. Здесь возникла реальная угроза сильного контрудара войск противника по правому крылу 1-го Белорусского фронта. Чтобы предотвратить удары противника в слу-

чае его активных действий и обеспечить развертывание наших сил для выполнения Берлинской операции, перед 2-м Белорусским фронтом была поставлена новая задача, составившая содержание проведенной в феврале — марте Восточно-Померанской операции. При этом фронт должен был изменить направление своего наступления почти на 90°, а главные усилия сосредоточить на своем южном крыле. Выполнение этой новой задачи потребовало большой перегруппировки войск, проводившейся без оперативной паузы, а это в свою очередь потребовало и от руководителей медицинской службы своевременной организации различных видов маневра подчиненными силами и средствами.

Все наступательные операции Красной Армии, проведенные в третьем периоде войны, развернулись на территории, длительное время оккупированной немецко-фашистскими войсками. Западные районы нашей страны были захвачены противником в 1941 г., на территории Польши немецко-фашистские войска находились с 1939 г. За это время санитарно-эпидемическое состояние оккупированных районов резко ухудшилось. В ходе наступления войска Красной Армии встретились с тем, что населенные пункты были сильно загрязнены, в ряде мест имелось много неубранных трупов солдат противника и животных, противник всюду выводил из строя водопроводы и колодцы, во многих населенных пунктах были также разрушены бани и дезинфекционные установки.

Непосредственным результатом такого ухудшения санитарного состояния территории, оккупированной немецко-фашистскими войсками, явилось резкое увеличение заболеваемости населения различными заразными болезнями. Обследование, проведенное специальной комиссией Наркомздрава в освобожденных районах Белоруссии, показало, что от 23 до 63%, а местами до 100% населения было поражено чесоткой¹. Во многих районах свирепствовали сыпной тиф, дизентерия, брюшной тиф. В ходе Белорусской наступательной операции санитарно-эпидемиологической разведкой 1-го Прибалтийского фронта было выявлено среди населения 932 больных сыпным тифом, разведкой 3-го Белорусского фронта — 493 больных сыпным тифом, 393 больных брюшным тифом, 1100 больных дизентерией. В лечебных учреждениях 2-го Белорусского фронта за период Восточно-Прусской операции было выявлено среди гражданского населения и госпитализировано 409 больных сыпным тифом, брюшным тифом и дизентерией. Все это требовало от медицинской службы особой бдительности в отношении инфекционных заболеваний и проведения целенаправленных противоэпидемических мероприятий не только в войсках, но и среди местного населения.

Наконец, следует отметить еще одну черту, характерную для операций третьего периода минувшей войны. Это — значительное отставание темпов восстановления железных дорог от темпов наступления войск. Такое отставание было обусловлено, с одной стороны, возросшими темпами наступления Красной Армии и разрушением железных дорог отступающими войсками противника, а с другой — низкими техническими возможностями проведения восстановительных работ.

¹ С. Павлов. Кожные болезни. ЭСВМ, т. 2. М., 1947, стлб. 1331.

Это привело к тому, что в ходе наступательных операций медицинская служба не могла широко использовать железнодорожный транспорт для эвакуации раненых внутри фронта и за его пределы. Положение усугублялось еще и тем, что европейские железные дороги имеют более узкую колею и поэтому с переходом советскими войсками государственной границы СССР стало практически невозможным использовать наш подвижный состав. В связи с этим основными коммуникациями являлись грунтовые пути, а основным средством эвакуации



Полковой медицинский пункт 273-го стрелкового ордена Богдана Хмельницкого полка 276-й стрелковой дивизии, развернутый в с. Даргов 29 декабря 1944 г. 4-й Украинский фронт.

раненых в пределах фронта и переброски медицинских учреждений — автомобильный транспорт. Эвакуация раненых в тыл страны нередко задерживалась, что приводило к перегрузке госпитальных баз фронта.

Что касается размеров и характера санитарных потерь, то они принципиально мало чем отличались от тех, которые несли войска в наступательных операциях других периодов войны. Как и в операциях других периодов войны, наступавшие войска наибольшие потери несли в период прорыва обороны противника (первые 1—3 дня), в абсолютных числах больше всего было раненых и больных на направлениях главных ударов, где сосредоточивалось большинство сил и средств войск. В структуре санитарных потерь основную долю составляли раненые.

Говоря об условиях медицинского обеспечения Красной Армии в третьем периоде войны, нельзя не отметить, что медицинская служ-

ба действующих фронтов в этот период располагала значительно большими силами и средствами, чем она их имела в первые годы войны. При этом к началу третьего периода стабилизировались штаты подразделений, частей и учреждений медицинской службы и каких-либо существенных изменений в структуре и оснащении санитарных отделений рот, батальонных, полковых медицинских пунктов, медико-санитарных батальонов дивизий и медицинских частей и учреждений армий и фронтов не произошло.

Однако состав и количество учреждений в армиях и фронтах существенно изменились. Это касается главным образом госпитальных баз армий и фронтов. Процесс выдвижения госпиталей из тыла страны и включения их в состав действующих фронтов, который был начат еще в начале 1942 г. в связи с переходом Красной Армии к активным наступательным действиям, привел к тому, что в третьем периоде войны из всего коечного фонда, имевшегося в распоряжении военно-медицинской службы, $\frac{2}{3}$ коек находились в действующей армии и лишь $\frac{1}{3}$ — в составе госпитальных баз внутреннего района. Такое перераспределение коечного фонда позволило создать полноценные



П. Г. Столыпин. 1945 г.

госпитальные базы и в армиях, и на фронтах. Медицинская служба 1-го Белорусского фронта, например, к началу Висло-Одерской операции располагала лечебными учреждениями на 121 400 коек. Из них в госпитальных базах армий было 159 госпиталей на 53 200 коек, в госпитальной базе фронта числилось 130 госпиталей на 68 200 коек. Аналогичное положение имело место и на других фронтах. При этом происходило не только абсолютное увеличение числа коек, но и рост относительной обеспеченности ими. Если весь коечный фонд армий и фронтов разделить на число армий, находившихся в составе данного фронта, то общее количество коек из расчета на одну армию окажется равным: на 1-м Белорусском фронте в период Висло-Одерской операции — 12 800, на 2-м Белорусском фронте в Берлинскую

операцию — 12 000, на 1-м Украинском фронте в эту же операцию — 16 540, на 2-м Украинском фронте в период Будапештской операции — 16 720 коек. Фактически армии имели в составе своих госпитальных баз меньшее число коек. Но оно также возросло по сравнению с предыдущим периодом войны. Многие общевойсковые армии, особенно действовавшие на направлении главного удара фронта, имели армейских лечебных учреждений на 7000—8500 коек.

Включение в состав госпитальных баз действующих фронтов лечебных учреждений, находившихся до этого в тылу, повлекло за собой увеличение удельного веса эвакуационных госпиталей. Данные о типах госпиталей, которыми располагали некоторые фронты, показаны в табл. 8 (приводятся суммарные данные, охватывающие армейские и фронтовые лечебные учреждения).

Т а б л и ц а 8

**Состав и коечная емкость госпитальных баз фронтов к началу
Висло-Одерской и Восточно-Прусской операций**

Типы госпиталей	1-й УФ к началу Висло-Одерской операции		1-й БФ к началу Висло-Одерской операции		2-й БФ к началу Восточно-Прусской операции	
	колич. госпита- лей	их коеч- ная ем- кость	колич. госпита- лей	их коеч- ная ем- кость	колич. госпита- лей	их коеч- ная ем- кость
Хирургические поле- вые подвижные госпи- тали (ХППГ)	94	18 800	91	18 200	70	14 000
Терапевтические по- левые подвижные гос- питали (ТППГ)	18	1 800	21	2 100	17	1 700
Инфекционные поле- вые подвижные госпи- тали (ИППГ)	20	2 000	23	2 300	19	1 900
Госпитали для лече- ния легкораненых (ГЛР)	44	44 000	36	36 000	30	30 000
Эвакуационные при- емники (ЭП)	18	9 000	15	7 500	18	9 000
Эвакуационные госпи- тали (ЭГ), в том числе сортировочные (СЭГ) . .	117	73 500	103	55 300	61	32 100
И т о г о	311	149 100	289	121 400	215	88 700

Из табл. 8 видно, что на некоторых фронтах койки эвакуационных госпиталей составляли 35—50% общего коечного фонда. При этом не только госпитальные базы фронтов, но и госпитальные базы армий имели высокий процент таких коек. Так, например, во всех армиях 3-го Белорусского фронта к началу Восточно-Прусской операции койки эвакуационных госпиталей составляли около 15%, а в 39-й и 5-й армиях — почти 20% всего коечного фонда. И это несмотря на то, что фронты стремились основную часть полевых подвижных госпиталей держать в армиях. Из общего числа хирургических, терапевтических и

инфекционных полевых подвижных госпиталей, имевшихся в составе 1-го Украинского фронта, например, в армиях находилось 78,2%; в своем непосредственном распоряжении (в составе полевого эвакуационного пункта фронтового подчинения) Военно-санитарное управление имело лишь 21,8% этих госпиталей. Несмотря на общее увеличение числа полевых подвижных госпиталей в действующей армии, их удельный вес в составе коечной сети фронтов все еще оставался невысоким. Так, суммарное число коек хирургических, терапевтических и инфекционных полевых подвижных госпиталей составляло: на 1-м Украинском фронте — 15,2%, на 1-м Белорусском — 18,6%, на 2-м Белорусском фронте — около 20% общего числа коек во всех лечебных учреждениях фронта. Наличие значительного числа эвакогоспиталей, особенно в армиях, затрудняло своевременное выдвижение лечебных учреждений вслед за наступающими войсками.

Увеличившаяся коечная емкость госпитальных баз фронта потребовала увеличения числа органов управления ими. Это мероприятие было осу-

ществлено путем включения в состав медицинской службы фронтов управлений местных эвакуационных пунктов (УМЭП), которые по идее предназначались для работы в тылу страны. В составе медицинской службы 1-го Украинского фронта к началу Висло-Одерской операции, помимо управления фронтового эвакуационного пункта (УФЭП) было три управления местного эвакуационного пункта. При этом на некоторых фронтах, например, на 1-м Белорусском эти управления были подчинены начальникам УФЭП, на других (1-й и 2-й Украинские фронты) они находились в непосредственном ведении начальника Военно-санитарного управления фронта. Почти все фронты имели также управления полевых эвакуационных пунктов (УПЭП) фронтового подчинения.



В. И. Попов. 1945 г.

Развитие советской военной медицины в ходе третьего периода Великой Отечественной войны происходило главным образом в направлении совершенствования организационных форм медицинского обеспечения войск и улучшения качества всех сторон деятельности медицинской службы. При этом медицинская служба Красной Армии стремилась возможно полнее использовать опыт предыдущих лет войны и привлечь к решению текущих задач медицинского обеспечения войск последние достижения медицинской науки. Особенно большую роль для улучшения медицинского обеспечения войск сыграло выпущенное в свет в 1944 г. третье издание «Указаний по военно-полевой хирургии».

В этом издании был глубоко и всесторонне обобщен опыт работы медицинской службы Советской Армии за 2¹/₂ года войны и даны установки не только по методике и технике оказания медицинской помощи и лечения при ранениях различных органов и систем, но и по организации лечебно-эвакуационного обеспечения войск в целом. По существу это был документ, в котором четко и всесторонне давались официальные указания об организации всех видов медицинской помощи и эвакуации раненых и больных.

Основные руководящие положения по организации медицинской помощи раненым и больным и их эвакуации были изложены в директиве начальника ГВСУ Е. И. Смирнова и главного хирурга Красной Армии Н. Н. Бурденко, которая вводила в действие «Указания по военно-полевой хирургии». В директиве определялись основные организационные формы деятельности войсковой, армейской и фронтовой медицинской службы. Здесь, в частности, подчеркивалась необходимость вести эвакуацию раненых и больных из ДМП и ХППГ первой линии по назначению, что должно быть обеспечено прежде всего правильным развертыванием лечебных учреждений госпитальной базы армии (ГБА).

Первый эшелон ГБА надлежало развертывать возможно ближе к ДМП и ХППГ первой линии на каждом эвакуационном направлении. В составе этого эшелона предусматривалось включение эвакоприемника, специализированных ХППГ для раненных в голову и шею, для раненных с переломами бедра и повреждениями крупных суставов, для раненных в грудь, живот и мочеполовые органы, одного-двух ГЛР, терапевтического и инфекционного полевых подвижных госпиталей. Специализация ХППГ должна была осуществляться за счет групп отдельной роты медицинского усиления (ОРМУ). Второй эшелон ГБА, состоящий из сортировочного эвакогоспиталя (СЭГ) и нескольких эвакуационных и полевых подвижных госпиталей, полагалось развертывать, как правило, в районе станции снабжения. В этот район предусматривалось выдвижение фронтовых ГЛР. Сколько-нибудь подробных и конкретных указаний о развертывании и порядке работы госпитальных баз фронта директива, к сожалению, не содержала.

Хотя третье издание «Указаний по военно-полевой хирургии» вышло в свет в конце 1944 г., следует считать, что изложенная в них система лечебно-эвакуационного обеспечения войск фактически сложи-

лась к началу третьего периода войны, поскольку директива начальника ГВСУ и главного хирурга была подписана 7-го января. Да и в практику медицинского обеспечения эта система фактически уже была внедрена, начиная с первых же наступательных операций 1944 г.

Чрезвычайно важными были изложенные в «Указаниях» единые принципы и способы оказания хирургической помощи раненым и их лечения. Необходимость таких установок обуславливалась тем, что многие хирурги свою практическую деятельность нередко строили только на основе личного опыта или опыта медицинской службы своего соединения или объединения. Нередко достижения других армий и фронтов широко не использовались. Регламентированный в «Указаниях» обобщенный опыт хирургической деятельности всех фронтов становился обязательным для всех врачей, работавших на различных этапах медицинской эвакуации.

Из достижений медицинской науки, которые нашли свое отражение в практической деятельности медицинской службы Красной армии в ходе третьего периода Великой Отечественной войны, следует указать на использование пенициллина. Это новое лечебное средство было введено в лечебную практику лишь в 1940—1941 гг. и многие свойства его, в частности применительно к лечению огнестрельных ранений, не были известны. Медицинская служба Красной Армии при первой возможности пыталась применять его. Особенно большим пропагандистом пенициллина был главный хирург Красной Армии Н. Н. Бурденко, который в своих письмах к главным хирургам фронтов давал конкретные рекомендации о его применении для лечения раненых¹. И хотя реальные возможности широкого использования пенициллина были крайне ограниченными, начиная с 1944 г. в литературе появляются работы, обобщающие опыт его применения для лечения раненых².

Заслуживают быть отмеченными также специальные исследования в действующей армии в области патологии и терапии шока (бригада М. Н. Ахутина) и огнестрельных переломов бедра (бригада С. С. Юдина), результаты которых также нашли свое отражение в практике хирургической работы на этапах медицинской эвакуации в ходе третьего этапа войны.

Дальнейшему совершенствованию организации и методов медицинского обеспечения Красной Армии во многом способствовала широко развернувшаяся на всех фронтах и в армиях работа по обобщению опыта работы медицинской службы. С этой целью в армиях и во фронтах было проведено много различного рода научно-практических конференций, на которых подвергались анализу различные стороны

¹ Н. Н. Бурденко. Письма хирургам фронтов о пенициллине. М., ГВСУ КА, 1945.

² См., например: З. В. Ермольева, А. М. Маршак, Т. И. Каплун и М. М. Левитов. Пенициллин и его применение при септических и гнойных осложнениях ранений, «Клин. мед.», № 3, 1944; М. Б. Колоднер. Наш опыт лечения пенициллином раневых инфекций, «Вестн. хир.», т. 65, кн. 5, 1945; С. О. Португалов. Опыт применения пенициллина при тяжелых формах гнойно-септической инфекции, «Военно-медицинский журнал», январь-февраль, 1945.

деятельности медицинской службы и намечались пути улучшения этой деятельности. Проводились такие конференции и в третьем периоде войны. Для этого периода характерным является также проведение служебных совещаний с руководящим составом медицинской службы армии, фронта, со специалистами лечебных учреждений полевых, фронтовых и местных эвакуационных пунктов. На таких совещаниях, которые проводились, как правило, в промежутке между двумя операциями, подводились итоги медицинского обеспечения войск в закончившейся операции и рассматривались основные вопросы деятельности медицинской службы в предстоящей операции. Проведение таких совещаний обеспечивало более конкретную подготовку медицинской службы к предстоящей операции и способствовало систематическому улучшению всего дела медицинского обеспечения войск.

Накопленный к началу 1944 г. опыт медицинского обеспечения войск в самых различных условиях обстановки и улучшившаяся материальная база медицинской службы обусловили дальнейшее совершенствование всех сторон ее деятельности в третьем периоде войны.

Среди мероприятий организационного характера, которые являлись предметом постоянного внимания и заботы руководства медицинской службы Красной Армии, на первое место следует поставить планирование медицинского обеспечения войск в предстоящей операции. В рассматриваемом периоде войны стало правилом, что начальники медицинской службы всех степеней, начиная со старшего врача полка и кончая начальником медицинской службы фронта, разрабатывали планы медицинского обеспечения войск в предстоящем бою и операции. Конечно, содержание, объем и формы этих планов были разными, но все они отвечали своему основному назначению — провести все подготовительные мероприятия до начала боевых действий и предусмотреть своевременное и непрерывное проведение всех мер по медицинскому обеспечению войск в ходе боя и операции. Особенно подробные планы медицинского обеспечения разрабатывались военно-санитарными отделами армий и военно-санитарными управлениями фронтов.

В этих планах, как правило, делался краткий анализ условий деятельности медицинской службы, определялись основные ее задачи в предстоящей операции, делались расчеты санитарных потерь, на основе которых выявлялась потребность в силах и средствах медицинской службы и излагалось решение начальника медицинской службы по медицинскому обеспечению войск. В планах указывались нужды медицинской службы, которые могли быть удовлетворены командованием или старшим медицинским начальником. В ряде армий и фронтов составлялись отдельно план лечебно-эвакуационного обеспечения и план санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения; в других объединениях все стороны деятельности медицинской службы в предстоящей операции излагались в едином плане.

Однако и в третьем периоде войны в планировании медицинского обеспечения войск имел место ряд недостатков. Часть этих недостатков не зависела от медицинской службы и определялась отношением к ней со стороны командования и штабов. Дело в том, что составить реальный план медицинского обеспечения можно лишь при условии

достаточно полного ориентирования начальника медицинской службы о предстоящих боевых действиях. Однако в ряде случаев начальники медицинской службы необходимого оперативного ориентирования не получали. Поэтому они не могли составить должным образом обоснованного плана медицинского обеспечения войск. Иногда, в целях сохранения в тайне подготовки к предстоящей операции, командование вообще запрещало составлять какие бы то ни было документы по планированию. Такое запрещение, например, имело место на 1-м Белорусском фронте при подготовке Висло-Одерской операции: все подготовительные мероприятия здесь проводились на основе отдельных частных распоряжений. Только хорошая оперативная подготовка начальника ВСУ этого фронта генерал-майора медслужбы А. Я. Барбанова и его большой организационный опыт позволили ему правильно понять сущность предстоящих боевых действий войск и организовать их медицинское обеспечение в соответствии с характером операции. Решение начальника ВСУ фронта было отражено в директиве по тылу фронта. В некоторых армиях этого фронта планы были оформлены за несколько дней до операции и фактически отражали то положение сил и средств медицинской службы, которое сложилось к началу ее в результате проведенных подготовительных мероприятий. План медицинского обеспечения 61-й армии, например, был составлен 11 января 1945 г. (операция началась 14 января).

Иногда оперативная обстановка и характер боевых действий войск не давали возможности осуществить всестороннее планирование медицинского обеспечения войск. Отсутствие оперативной паузы между Восточно-Прусской и Восточно-Померанской операциями 2-го Белорусского фронта, например, явилось причиной того, что планы медицинского обеспечения войск в Восточно-Померанской операции не составлялись. Медицинская служба включилась в обеспечение этой последовательной операции с ходу и с тем положением своих сил и средств, которое они занимали к концу Восточно-Прусской операции.

Другая часть недостатков носила субъективный характер и являлась следствием недостаточной подготовленности руководящего состава медицинской службы в области методики и техники планирования медицинского обеспечения войск. В практической деятельности по планированию начальники медицинской службы оперативных объединений и их органы управления встречались с очень большими трудностями. Некоторые медицинские начальники не знали, на каких принципах должно строиться планирование, какие основные исходные данные следует брать для различных расчетов, какие вопросы необходимо отражать в плане медицинского обеспечения, какова его форма. В связи с этим в планировании и в формах плана медицинского обеспечения имело место чрезвычайно большое разнообразие, далеко не всегда оправданное конкретной обстановкой. По сути дела каждый начальник медицинской службы планировал медицинское обеспечение по своему усмотрению и исходя из личного опыта и личных взглядов. К сожалению, опыт армий и фронтов в этом отношении Главным военно-санитарным управлением не изучался и каких-либо указаний о принципах, исходных данных и формах планирования медицинского обеспечения войск не давалось.

Все звенья медицинской службы в третьем периоде войны большое внимание уделяли также проведению всего комплекса подготовительных мероприятий к медицинскому обеспечению войск в предстоящей операции. Важность четкой организации и своевременного проведения этих мероприятий определялась прежде всего тем, что войска вели почти непрерывные активные боевые действия и на подготовку новой операции отводилось крайне ограниченное время. Например, 2-й Белорусский фронт в течение только зимней кампании 1945 г. провел во взаимодействии с другими фронтами три крупных операции — Восточно-Прусскую, Восточно-Померанскую и Берлинскую. При этом между Восточно-Прусской и Восточно-Померанской операциями этого фронта фактически не было оперативной паузы, а Берлинская операция началась через 15 суток после окончания Восточно-Померанской. Естественно, что подготовка к медицинскому обеспечению новой операции в этих условиях была сопряжена с большими трудностями, связанными, в частности, с тем, что к концу предыдущей операции лечебные учреждения, особенно госпитальные базы фронтов имели большую загрузку и для их высвобождения требовалось много времени. К тому же определенная часть медицинских учреждений находилась на значительном удалении от войск. В ходе боевых действий расходовались основные запасы медицинского и других видов имущества, ухудшалось санитарное состояние войск и т. п. Все это требовало проведения ряда подготовительных мероприятий медицинской службы, организация которых в условиях последовательно проводимых наступательных операций при отсутствии или очень ограниченной оперативной паузе, была крайне затруднена. Поэтому медицинская служба обычно начинала подготовку к медицинскому обеспечению новой операции сразу же после завершения предыдущей операции, а иногда и в ходе ее.

К числу мероприятий, на проведение которых в третьем периоде войны обращалось особенно большое внимание, следует отнести, прежде всего, максимально быстрое и полное освобождение этапов медицинской эвакуации от имевшихся на них раненых и больных. Это достигалось путем усиленной эвакуации раненых и больных в тыл и выписки в части выздоровевших.

Особое внимание уделялось также своевременному подтягиванию отставших частей и учреждений медицинской службы, доукомплектованию формирований медицинской службы личным составом, пополнению медицинских подразделений, частей и учреждений медицинским имуществом и созданию его запасов на предстоящую операцию, проведению комплекса санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в войсках, а нередко и среди населения, созданию резерва сил и средств для обеспечения маневра в ходе боевых действий. Размещение и развертывание медицинских частей и учреждений в исходном положении осуществлялось в соответствии с принятым решением по медицинскому обеспечению войск в предстоящем бою и операции.

Во многих армиях и фронтах при организации и проведении подготовительных мероприятий по медицинскому обеспечению предстоящей операции большое внимание уделялось теоретической и практи-

ческой подготовке личного состава медицинской службы. На 1-м Прибалтийском фронте в период подготовки к Белорусской операции во всех частях и учреждениях медицинской службы проводились занятия по повышению квалификации личного состава. При этом особое внимание уделялось подготовке низовых звеньев медицинской службы — санитарных отделений рот, санитарных взводов батальонов и санитарных рот полков. Во всех армиях были проведены сборы санитаров, санитаров-носильщиков и санитарных инструкторов, на которых их участники делились опытом работы, демонстрировали приемы и приспособления для оттаскивания раненых и выноса их в укрытия. При медико-санитарных батальонах и армейских госпиталях были организованы краткосрочные курсы по повышению квалификации врачей и медицинских сестер. Проводились служебные совещания с руководящим составом медицинской службы.

* *
*

Практическая деятельность медицинской службы Красной Армии и достижения советской военной медицины в третьем периоде войны могут быть охарактеризованы следующими данными. Как и в предыдущие годы войны, в описываемом периоде медицинская служба много внимания уделяла своевременному сбору раненых на поле боя, оказанию им первой медицинской помощи, выносу и вывозу их на этапы медицинской эвакуации. В проведении этих мероприятий медицинская служба Красной Армии добилась значительных успехов. Здесь следует прежде всего отметить сокращение сроков выноса раненых с поля боя. Так, по данным А. Я. Барабанова, на 1-м Белорусском фронте было доставлено на батальонные медицинские пункты в первые 4 часа после ранения в период Висло-Одерской операции 90,6%, в период Берлинской операции — 91% всех раненых. Такие сроки выноса раненых с поля боя обеспечивали своевременную их эвакуацию на полковые и дивизионные медицинские пункты и оказание необходимой медицинской помощи в оптимальное время после ранения.

Основную роль в сборе раненых и их выносе с поля боя играли санитары рот, санитары-носильщики батальонов и полков. На 3-м Прибалтийском фронте, например, за июль — сентябрь 1944 г. санитарями-носильщиками было вынесено 51% всех раненых; остальные раненые вышли самостоятельно или были вынесены товарищами. Следует, однако, иметь в виду, что штатные санитары-носильщики не могли полностью справиться с возложенными на них задачами, если учесть к тому же большие боевые потери среди них в ходе активных боевых действий. Чтобы обеспечить своевременный сбор раненых и их вынос с поля боя на ряде фронтов выделялись так называемые вспомогательные санитары из числа солдат. На 1-м Белорусском фронте был отдан приказ, согласно которому перед операцией из числа солдат создавался резерв санитаров — в каждом полку по 10—12 чел., в дивизии — по 30 чел.

Недостаток санитаров-носильщиков компенсировался на некоторых фронтах применением собачьих нартовых упряжек, особенно

в труднодоступных районах местности. В 1945 г. при боях за реки Висла и Одер собачьими упряжками было вывезено с поля боя до 70% носилочных раненых, а в одной из дивизий 1-го Белорусского фронта этот процент достиг 90. В 13-й армии 1-го Украинского фронта за время Львовско-Сандомирской операции собачьими нартовыми упряжками было



Вывоз раненых с поля боя на санитарной собачьей-нартовой упряжке. 5-я армия, 3-й Белорусский фронт.

вывезено с поля боя более 2000 раненых, а в 3-й гвардейской армии только в течение июля 1944 г отрядом санитарно-нартовых упряжек было эвакуировано 5439 раненых.

Сократились сроки оказания первой медицинской помощи, улучшилось ее качество. При этом санитары и санитары-носильщики, санинструкторы и фельдшеры, работавшие в ротах и батальонах, проявляли подлинные образцы мужества и отваги. Мужественно и самоотверженно работал на поле боя по оказанию медицинской помощи раненым и их выносу Герой Советского Союза старший сержант медслужбы Мамедов Мамед Джабраилович. В период Висло-Одерской операции он, находясь с группой раненых на левом берегу р. Одер, организовал оборону, спас раненых от гибели и направил в тыл. Будучи окруженным в доте Мамедов привлек на себя огонь

противника и этим дал возможность продвинуться вперед своему подразделению. В этом бою 24 января 1945 г. М. Д. Мамедов пал смертью храбрых.

Не менее отважно действовал на поле боя Герой Советского Союза санинструктор Вербовский Иван Устинович. Он участвовал в боях по разгрому окруженной Яско-Кишиневской группировки противника, при форсировании рек Одер и Шпрее, при овладении городами Ченстохов, Радомско, Ландсберг, Олау. В период с 12 по 25

января 1945 г. он вынес с поля боя 63 раненых. Только за один день — 3 февраля 1945 г. им было вынесено 43 раненых воина, а на следующий день — еще 25 раненых. Всем он оказывал также первую медицинскую помощь.

Образцы подлинного героизма показывали также наши девушки. Старший сержант медслужбы Кащеева Вера Сергеевна в боях за удержание плацдарма на правом берегу р. Днепр оказывала медицинскую помощь бойцам передового отряда, умело размещала раненых в безопасных укрытиях, сама подползала к тем, кто, несмотря на ранение, вел огонь по врагу, и оказывала им медицинскую помощь на месте. За мужество, проявленное при форсировании Днепра, храбрость, стойкость и героизм В. С. Кащеевой было присвоено звание Героя Советского Союза.

За мужество, отвагу и героизм, проявленные при спасении жизни раненых в боях на Украине, в Карпатах звание Героя Советского Союза было присвоено также санитарному инструктору Михаилу Павловичу Грищенко.

Для работы этапов медицинской эвакуации в третьем периоде войны характерным является их

максимальное приближение к войскам, особенно перед началом наступления. В исходном положении для наступления полковые медицинские пункты развертывались, как правило, на удалении 2—3 км, дивизионные медицинские пункты — на расстоянии 6—8 км, первые эшелоны госпитальных баз армии 30—40 км от линии фронта. Госпитальные базы армий нередко располагались в войсковом тыловом районе, а госпитальные базы фронтов — в армейском. В ходе боевых действий войсковые этапы медицинской эвакуации развертывались нередко с еще большим приближением к линии фронта, чему способствовал высокий наступательный порыв наших воинов и уверенность всего медицинского состава в успешном выполнении войсками поставленных перед ними задач.



Герой Советского Союза В. С. Кащеева.

Приближение этапов медицинской эвакуации к линии фронта, наряду с успешной работой по выносу и вывозу раненых с поля боя, положительно влияло также на срок доставки их на медицинские пункты и оказания медицинской помощи. На 3-м Прибалтийском фронте во втором полугодии 1944 г. на полковые медицинские пункты в первые 3 часа после ранения было доставлено 68% раненых, на 1-м Белорусском фронте в первые 4 часа после ранения на ПМП поступили в период Висло-Одерской операции 76,3%, в период Берлинской операции — 74,5% раненых. Еще более высокими были показатели сроков доставки раненых на полковые медицинские пункты в войсках 2-го Белорусского фронта в период Восточно-Померанской операции. В 65-й армии этого фронта в первые 3 часа поступили на ПМП 92,3%, а в 49-й армии — 89,5% раненых.

Схема организации лечебно-эвакуационного обеспечения войск к концу Великой Отечественной войны.

При этом во всех случаях медицинская служба особое внимание уделяла быстрее доставке тяжелораненых. Специальным обследованием было установлено, например, что на дивизионный медицинский пункт 63-й стрелковой дивизии 5-й армии 3-го Белорусского фронта в период Восточно-Прусской операции 86,6% всех носилочных раненых было доставлено в первые 6 часов после ранения.

воспитанник Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова майор медицинской службы Кавыршин Алексей Яковлевич. Будучи командиром 288-го медико-санитарного батальона 88-й стрелковой дивизии 3-го Белорусского фронта, он при выходе группы противника в район работы дивизионного медицинского пункта в феврале 1945 г. организовал его оборону и пал смертью храбрых в Грюнвальде, защищая раненых. Погиб в этом бою и ведущий хирург этого медико-санитарного батальона А. А. Ситников.

В ходе третьего периода войны в развертывании этапов медицинской эвакуации выявилась одна важная тенденция. Это — стремление заменять нижестоящие этапы средствами вышестоящего звена медицинской службы. Практически эта тенденция проявлялась в том, что в исходном положении, а нередко на отдельных рубежах и в ходе операций вместо дивизионных медицинских пунктов развертывались хирургические по-



А. Я. Кавыршин. 1939 г.

левые подвижные госпитали (ХППГ) первой линии, а вместо госпитальных баз армий, особенно их вторых эшелонов, — первые эшелоны госпитальных баз фронта.

Задачи и принципы использования ХППГ первой линии определились еще в предшествующем периоде войны. Обычно их использовали в качестве средства усиления дивизионных медицинских пунктов. Согласно официальным установкам ХППГ первой линии должны были развертываться параллельно с дивизионными медицинскими пунктами и принимать часть раненых непосредственно из полковых медицинских пунктов; на них возлагалась также задача обеспечения маневра ДМП путем приема от них нетранспортабельных раненых и переключения всего потока эвакуируемых из ПМП на себя. Эти задачи ХППГ первой линии решали и в ходе третьего периода войны. Однако в ряде случаев они не усиливали ДМП, а полностью их

заменяли. Такой маневр позволял дивизионным врачам быстро выдвигать медико-санитарные батальоны вслед за наступающими войсками и обеспечивать своевременное оказание квалифицированной медицинской помощи на новых рубежах. Применялся этот маневр довольно часто: ХППГ первой линии были развернуты вместо ДМП. например, на 1-м Украинском фронте в исходном положении войск во время Львовско-Сандомирской наступательной операции.

Практиковались и другие варианты взаимодействия ХППГ первой линии и медико-санитарных батальонов. Так, в ряде армий Белорусских фронтов перед началом Белорусской операции медико-санитарные батальоны развертывали ДМП лишь частью сил и средств и обеспечивали оказание медицинской помощи относительно небольшому числу раненых. Основную массу раненых из полков принимали ХППГ первой линии, что обеспечивало быстрое свертывание ДМП и выдвижение МСБ на новый рубеж.

Принцип заменяемости госпитальных баз армий госпитальными базами фронта стал особенно широко применяться в операциях 1945 г. К началу Восточно-Прусской операции 3-го Белорусского фронта, например, не было надобности в развертывании госпитальной базы 5-й армии, поскольку в ее тыловом районе (районе Эйдкунен, Кибартай) была развернута передовая (приемно-сортировочная) госпитальная база фронта в составе 23 госпиталей на 8200 штатных коек.

В решении начальника ВСУ 1-го Белорусского фронта по медицинскому обеспечению войск в Висло-Одерской операции предусматривалось в исходном положении вместо госпитальных баз 61-й, 5-й, 8-й гвардейской и 69-й армий развернуть группы госпиталей за счет лечебных учреждений фронта (МЭП 14 и МЭП 6). В этих армиях, помимо ХППГ первой линии, предполагали развернуть лишь по одному АГЛР. Однако некоторые начальники медицинской службы армий к началу операции все же имели развернутыми свои небольшие госпитальные базы, так как ожидали большой поток раненых, с которым госпитальные базы фронта могли не справиться. Не была развернута госпитальная база лишь в 5-й ударной армии.

Следует отметить, что при проведении такого маневра, как замена госпитальных баз армий госпитальными базами фронта имели место значительные трудности. Они определялись тем, что в составе ГБФ, как отмечалось выше, было много эвакуационных госпиталей, которые были более громоздкими, чем полевые подвижные госпитали, составляющие основу коечного фонда госпитальных баз армий. и поэтому не всегда могли быть своевременно развернуты в нужном районе. Особенно большие трудности с выдвижением и развертыванием эвакогоспиталей имели место в тех случаях, когда группа фронтовых лечебных учреждений предназначалась для выполнения функций первого эшелона госпитальной базы армии, т. е. была передовой и должна была принимать раненых и больных из дивизионных медицинских пунктов и ХППГ первой линии. Кроме того, эвакогоспитали по своей организационно-штатной структуре и оснащению не были приспособлены к оказанию квалифицированной и первичной специализированной медицинской помощи и оказывались не способными к

массовому приему и обслуживанию раненых. Именно поэтому группы госпиталей первого эшелона ГБФ 1-го Белорусского фронта, развернутые в исходном положении перед Висло-Одерской операцией с функциями первого эшелона ГБА и состоявшие в основном из эвакуогоспиталей, с возложенными на них задачами не справились.

Более удачным вариантом замены госпитальных баз армий было развертывание так называемых межармейских госпитальных баз. Сущность этого маневра состояла в том, что группы лечебных учреждений, подчиненных фронту и состоявших в основном из полевых подвижных госпиталей, развертывались с функциями первого эшелона госпитальной базы армии в таком районе, куда могла вестись эвакуация раненых и больных из ДМП и ХППГ первой линии нескольких (как правило, двух) армий. На 3-м Белорусском фронте, например, в период Восточно-Прусской операции межармейские базы развертывались и в исходном положении, и в ходе операции, на 2-м Белорусском фронте в эту же операцию — только в ходе ее, но по заранее принятому решению. Следует, однако, подчеркнуть, что иногда межармейские госпитальные базы развертывались в основном за счет армейских госпиталей, временно переподчиняемых фронту (через фронтовое или одно из армейских управлений полевых эвакуационных пунктов). Такое формирование межармейских госпитальных баз нельзя считать целесообразным, так как при этом ослаблялись госпитальные базы армий и начальники военно-санитарных отделов армий лишались возможности осуществлять необходимый маневр своими средствами. Помощь армиям была реальной лишь в тех случаях, когда для развертывания межармейских госпитальных баз использовались только фронтовые лечебные учреждения.

В рассматриваемом периоде войны начальники медицинской службы всех степеней много внимания уделяли созданию резерва своих сил и средств. Главным назначением резерва было обеспечение маневра в ходе боевых действий войск, так как в условиях высоких темпов наступления, какие имели место в третьем периоде войны, своевременное выдвижение и ввод в действие сил и средств медицинской службы в новом районе могли быть осуществлены только за счет резерва.

Резерв предназначался также для решения неожиданных задач, возникавших перед медицинской службой, таких, например, как дополнительное развертывание лечебных учреждений в районах, где санитарные потери оказывались большими, чем предполагалось, усиление эвакуации пораженных и больных на тех или иных направлениях, проведение массовых противоэпидемических мероприятий, усиление подразделений, частей и учреждений медицинской службы медико-санитарным имуществом и т. п.

Несмотря на то, что в полках и дивизиях возможности для создания резервов медицинских средств были ограниченными, старшие врачи полков и дивизионные врачи всегда стремились его иметь. Обычно в состав такого резерва выделялись звенья санитаров-носильщиков, санитарный транспорт, медико-санитарное имущество. Дивизионные врачи в ходе боевых действий нередко применяли

такую форму маневра, при которой в каждый момент разворачивалась часть полковых медицинских пунктов, принимавших раненых из всех частей дивизии. Другая часть ПМП в это время находилась в резерве дивизионного врача и предназначалась для развертывания на новом рубеже. Аналогичные способы выведения в резерв медико-санитарных батальонов иногда применяли корпусные врачи. Развертывание

ХППГ первой линии вместо дивизионных медицинских пунктов также позволяло иметь часть медико-санитарных батальонов в резерве.

Особое внимание уделялось созданию резерва лечебных учреждений. Начальники военно-санитарных отделов армий стремились к началу операции иметь в резерве не менее половины всех госпиталей. Стремались иметь достаточно мощные резервы лечебных учреждений и начальники военно-санитарных управлений фронтов. К началу Висло-Одерской операции 1-го Украинского фронта из 84 600 коек во фронтовых госпиталях 32 200 коек или 38% находились в резерве. При создании резерва госпиталей начальники медицинской службы армий и фронтов нередко встречались с большими трудностями, которые определялись, в частности,



И. А. Ключсс. 1946 г.

значительной загрузкой лечебных учреждений к началу операции. Перед Восточно-Померанской операцией 2-го Белорусского фронта загрузка госпиталей, подчиненных УФЭП 77, составляла 106% их штатной емкости; госпитали 70-й армии этого же фронта имели загрузку, равную 103% их штатных возможностей. В связи с этим к началу операции резерв не всегда был достаточно большим (на 2-м Белорусском фронте перед Восточно-Прусской операцией он составлял лишь 15% всего коечного фонда) и его приходилось создавать в ходе операции.

При организации медицинского обеспечения войск в ходе боевых действий в третьем периоде войны осуществлялись самые раз-

нообразные формы маневра силами и средствами медицинской службы. При этом наиболее широко применялись те из них, которые имели своей целью облегчить перемещение этапов медицинской эвакуации.

Дело в том, что быстрые темпы наступления войск и большая глубина наступательных операций требовали многократных и быстрых перемещений этапов, особенно полковых и дивизионных медицинских пунктов. Так, например, за период Венской операции 2-го и 3-го Украинских фронтов дивизионные медицинские пункты перемещались в среднем 12 раз. Естественно, что сохранить их работоспособность при столь частых перемещениях можно было лишь за счет различных форм маневра.

Наиболее распространенным видом маневра, обеспечивавшим сохранение непрерывности в оказании квалифицированной медицинской помощи раненым и больным в ходе быстро развивающегося наступления, было развертывание вблизи дивизионных медицинских пунктов ХППГ первой линии. Это позволяло при успешном продвижении войск переключить поток раненых и больных на ХППГ, имевшихся на ДМП раненых и больных передавать госпиталю на месте, а дивизионные медицинские пункты быстро свертывать и перемещать вперед для развертывания в новом районе. Этот вид маневра применялся почти во всех армиях. Реже распоряжением корпусного врача осуществлялось поочередное перемещение дивизионных медицинских пунктов и их развертывание «перекатом»: в то время, как один или два медико-санитарных батальона перемещались за наступающими войсками в готовности развернуть ДМП в новом районе, развернутый ранее ДМП принимал раненых и больных из всех дивизий данного корпуса.

В тех случаях, когда такой четкий маневр дивизионными медицинскими пунктами и ХППГ первой линии не был организован, при необходимости перемещения вперед командиры медико-санитарных батальонов вынуждены были делить МСБ и организовывать работу дивизионного медицинского пункта на двух площадках или оставлять на прежнем месте работы ДМП группу личного состава с необходимым имуществом для обслуживания нетранспортабельных раненых. Такая организация перемещения медико-санитарных батальонов значительно их ослабляла и нередко приводила к тому, что в новом районе дивизионные медицинские пункты оказывались неработоспособными.

Госпитальные базы армий в ходе операции развертывались в новом районе чаще всего за счет резерва госпиталей. При этом порядок их развертывания был различным. В одних случаях в новом районе развертывались все госпитали, включенные в данную группу лечебных учреждений ГБА. В других случаях сначала развертывалась лишь часть госпиталей из числа намеченных в состав данной группы. Затем эта группа сокращенного состава в зависимости от числа поступающих сюда раненых и больных наращивалась за счет дополнительного включения в ее состав госпиталей из резерва начальника медицинской службы армии или оставалась без изменения. Иногда госпитальные базы создавались на базе ХППГ первой линии путем

изменения их функций и дополнительного развертывания других госпиталей.

Наконец, нельзя не указать и на такую форму маневра, как развертывание одиночных госпиталей (чаще всего ХППГ), на базе которых пытались обеспечить оказание всех основных видов специализированной медицинской помощи. Такие госпитали, получившие название «передовых», организовывали в 65-й армии 2-го Белорусского фронта во время Восточно-Прусской операции, 69-й и некоторых других армиях 1-го Белорусского фронта в период Висло-Одерской операции. Практика, однако, показала, что при поступлении в «передовую госпиталь» более 200—300 раненых в сутки он был не в состоянии справиться с задачами своевременного оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи всем нуждающимся в ней.

Лечебные учреждения госпитальной базы фронта, развернутые в исходном положении, как правило, не перемещались до конца операции. При необходимости развертывания госпитальных баз в ходе операции начальники военно-санитарных управлений фронтов чаще всего использовали свои резервные средства, в первую очередь полевые подвижные госпитали фронтового подчинения. Лишь в отдельных случаях, как это имело место, например, на 3-м Белорусском фронте в период Восточно-Прусской операции, начальник медицинской службы фронта планировал развертывание госпитальных баз в ходе операции осуществлять за счет свертывания и перемещения лечебных учреждений, развернутых в исходном положении. Фактически, как это имело место и на многих других фронтах, развернутыми в исходном положении госпиталями лишь наращивались госпитальные базы, развертываемые в ходе операции за счет резерва.

Следует отметить, что при осуществлении маневра лечебными учреждениями начальники медицинской службы армий и фронтов встречались с очень большими трудностями, связанными главным образом с крайне ограниченным транспортом, которым они располагали. Госпитали, по существу, не имели своего автомобильного транспорта и для их перемещения необходимо было изыскивать различные возможности. Наиболее реальным оказывалось выделение для этой цели автотранспорта начальниками тыла армии и фронта, однако, и они не всегда могли оказать медицинской службе необходимую помощь.

Важными формами маневра являлись изменение объема медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации, переключение санитарного транспорта с одного направления на другое, создание различных противоэпидемических групп и их направление за войсками и т. п.

Необходимо особо остановиться на организации специализированной медицинской помощи. К началу третьего периода в практике работы медицинской службы в предшествующие годы войны сложилась система, при которой в большинстве армий обеспечивалось оказание следующих видов специализированной медицинской помощи раненым и больным: нейрохирургической, стоматологической,

офтальмологической, оториноларингологической, терапевтической, обеспечивалось также комплексное лечение легкораненых, лечение инфекционных больных. Для обеспечения этих видов помощи в составе госпитальной базы армии разворачивались специализированный ХППГ для раненных в голову, шею и позвоночник, терапевтический и инфекционный госпитали, госпиталь для лечения легкораненых. При этом специализированная медицинская помощь в ХППГ обеспечивалась за счет групп отдельной роты медицинского усиления



Командующий войсками 2-го Белорусского фронта Маршал Советского Союза К. К. Рокоссовский (в центре), начальник ВСУ фронта генерал-майор медицинской службы К. М. Жуков (слева) и начальник тыла фронта генерал-лейтенант интендантской службы Ф. Н. Логунов.

(ОРМУ), в терапевтическом, инфекционном госпитале и в ГЛР врачи-специалисты входили в штат этих лечебных учреждений.

Однако уже в ходе второго периода войны на некоторых фронтах в армиях стали выделять отдельные госпитали для раненных в грудь и живот (например, в 38-й и 69-й армиях Воронежского фронта во время Курской битвы) и для раненных в бедро и крупные суставы (в армиях 3-го Белорусского фронта). Директивой начальника ГВСУ и главного хирурга Красной Армии от 7 января 1944 г.,¹ как отмечалось выше, эти профили госпиталей были введены как обязательные для всех армий.

Таким образом, к началу третьего периода войны контингенты раненных, которым в армиях обеспечивалось оказание специализированной медицинской помощи, расширились за счет раненных в грудь, живот, бедро и крупные суставы. В ходе этого периода директивой

¹ Указания по военно-полевой хирургии ГВСУ КА. М., 1944.

ГВСУ от 26 июля 1944 г. в состав лечебных учреждений включаются также кожно-венерологические госпитали. В госпитальных базах фронтов медицинская помощь была еще более дифференцированной.

Помимо организаторов — начальников медицинской службы армий и фронтов — большую роль в становлении и развитии специализированной медицинской помощи сыграли штатные и нештатные специалисты — армейские и фронтовые хирурги, терапевты, стоматологи, офтальмологи, оториноларингологи и др.

В ходе третьего периода войны продолжалось дальнейшее совершенствование организационных форм специализированной медицинской помощи. Анализ материалов по организации медицинского обеспечения войск в операциях третьего периода войны показывает, что оказание специализированной медицинской помощи в исходном положении для наступления строилось по трем основным вариантам. По первому из них оказание первичной специализированной медицинской помощи обеспечивалось в армейских лечебных учреждениях, развернутых в составе госпитальной базы армии. При этом вторые эшелоны ГБА, как правило, не развертывались и все раненые и больные, нуждавшиеся в длительных сроках лечения, после оказания им специализированной медицинской помощи в армейских госпиталях направлялись в первые эшелоны госпитальной базы фронта, которые чаще всего размещались в районе армейских станций снабжения и фактически выполняли функции вторых эшелонов ГБА. При небольшом их удалении от армейских госпиталей сюда направлялась также часть неоперированных раненых, нуждавшихся в специализированной медицинской помощи. По такому варианту было организовано оказание специализированной медицинской помощи на 2-м Белорусском фронте перед Восточно-Прусской операцией.

По второму варианту, применявшемуся, в частности, на 3-м Белорусском фронте, специализированная медицинская помощь оказывалась в армейских и фронтовых госпиталях, развертывавшихся в единой базе и подчиненной фронту (межармейская база). При этом в состав такой базы, помимо армейских полевых подвижных госпиталей, включались также специализированные эвакогоспитали, которые обеспечивали высвобождение армейских госпиталей и последующее лечение раненых и больных.

По третьему варианту оказание всех видов специализированной медицинской помощи возлагалось на госпитальную базу фронта, когда первый ее эшелон развертывался вместо госпитальных баз армий (например, на 1-м Белорусском фронте).

Каждый из этих вариантов был оправдан конкретными условиями обстановки и обеспечивал выполнение задач, возлагавшихся на госпитальную базу. Лишь в тех случаях, когда в составе госпитальных баз преобладали эвакуационные госпитали, в оказании первичной специализированной медицинской помощи были определенные трудности, связанные с тем, что эвакогоспитали не были приспособлены к этой работе.

В ходе операций третьего периода войны также применялись различные варианты организации специализированной медицинской

помощи. Чаще всего в новых районах за счет армейских или фронтовых госпиталей развертывались полноценные госпитальные базы, в которых были представлены все профили госпиталей, обеспечивавшие оказание основных видов специализированной медицинской помощи. В других случаях госпитальные базы в ходе операции развертывались в сокращенном составе, когда в одном госпитале совмещалось оказание нескольких видов специализированной медицинской помощи. Например, для раненных в голову, шею и позвоночник и раненных в грудь и живот развертывался один, а не два госпиталя, лечение терапевтических и инфекционных больных происходило в ТППГ, в составе которого организовывали инфекционное отделение. При относительно небольшом поступлении раненых и больных развертывание таких баз в сокращенном составе было оправданным. Однако в ряде случаев сокращение числа лечебных учреждений в госпитальной базе было вынужденным и определялось отсутствием в резерве госпиталей или невозможностью своевременно их выдвинуть вперед из-за недостатка транспорта и горючего, как это было на 1-м Белорусском фронте в период Висло-Одерской операции.

Наконец, в ходе наступательных операций в некоторых армиях и фронтах оказание специализированной медицинской помощи пытались организовать в одиночных, так называемых многопрофильных госпиталях, чаще всего в ХППГ. Такой способ широко применялся на 1-м Белорусском фронте в период Висло-Одерской операции. Практика, однако, показала, что такие госпитали, даже усиленные группами ОРМУ, с оказанием специализированной медицинской помощи могли справляться лишь в том случае, когда сюда поступало не более 200—300 чел. в сутки. При более интенсивном поступлении в таких многопрофильных госпиталях, выполнявших фактически функции первого эшелона ГБА, было невозможно не только обеспечить оказание всех видов специализированной медицинской помощи, но и вообще навести должный порядок в обслуживании раненых и больных.

Основываясь на опыте всех предшествующих лет войны и достижениях медицинской науки, советская военная медицина в ходе третьего периода войны сделала новый шаг вперед для улучшения качества оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных, а также в области профилактики различного рода заболеваний. Полковые медицинские пункты гораздо полнее и лучше, чем прежде, оказывали раненым и больным первую врачебную помощь. И хотя объем этой помощи часто менялся в зависимости от конкретных условий обстановки, в целом можно сказать, что на полковых медицинских пунктах обеспечивалось оказание необходимой помощи подавляющему большинству нуждавшихся в ней раненых и больных. По обобщенным данным, в третьем периоде войны на полковых медицинских пунктах перевязки ран и наложение первичной повязки производились примерно у 50—60%, иммобилизация переломов — у 20—25%, остановка кровотечения — у 3—4%, переливание крови и кровезамещающих жидкостей — у 8—10%, вагосимпатическая бло-

када — у 4—6%, футлярная блокада и поднадкостничная анестезия — у 6—10% общего числа раненых, поступавших на этот этап медицинской эвакуации.

Большую работу проделали в третьем периоде войны дивизионные медицинские пункты, о чем, в частности, свидетельствует об-



Н. Н. Еланский. 1945 г.

щая оперируемость раненых на ДМП, достигавшая 50—60% и более. Так, оперируемость на всех дивизионных медицинских пунктах 2-го Белорусского фронта в период Восточно-Прусской операции (точнее, за январь 1945 г.) составила 53,2%, а на 3-м Белорусском фронте в эту же операцию — 64%. Еще более высокий процент оперируемости отмечается в группе тяжелораненых. На дивизионных медицинских пунктах 3-го Белорусского фронта за период Восточно-Прусской операции из числа раненных в грудь с проникающими ранениями и открытым пневмотораксом было оперировано 93,8%, без открытого пневмоторакса — 73,7%, из числа раненных в живот с проникающими ранениями — 76,8%, из числа раненных в бедро с повреждениями кости — 94,2%. Лишь при проникающих ранениях в череп

оперируемость составила всего 9,4%, поскольку таких раненых оперировали здесь только по жизненным показаниям.

Высокими также были показатели частоты переливания крови и кровезаменителей. На 2-м Белорусском фронте в период Белорусской операции (точнее, в июне — июле 1944 г.) переливание крови делалось от 8,2% до 11,2%, вливание кровезаменителей — от 10,5% до 12,4% всех раненых, поступавших на ДМП. На 3-м Белорусском фронте в эту же операцию частота переливания крови достигала 16,4%, а вливание кровезаменителей делалось в 5—7% случаев. Особенно часто переливание крови и вливание кровезамещающих жидкостей применялось у раненых, находившихся в шоковом состоянии; в среднем этот вид помощи производился у 75—85% раненых, находившихся в состоянии шока.

К числу мероприятий квалифицированной медицинской помощи, проводившихся на ДМП, следует также отнести транспортную иммобилизацию переломов конечностей. За период Восточно-Померанской операции, например, все дивизионные медицинские пункты 2-го Белорусского фронта производили иммобилизацию у 25,5% поступивших сюда раненых, а на ДМП 3-го Белорусского фронта в



Группа руководящего состава медицинской службы 2-го Украинского фронта после служебного совещания с зам. главного хирурга Советской Армии В. Н. Шамовым. Сидят (слева направо): М. В. Боцманов, П. Г. Столыпин, В. Н. Шамов, А. П. Фрумкин, А. Н. Григорьев.

Восточно-Прусскую операцию иммобилизация делалась в 30,5% случаев. При этом основным средством иммобилизации были транспортные шины, а гипсовые повязки и лонгетты почти не применялись.

Таблица 9
Оперируемость в лечебных учреждениях ГБА и ГБФ

Фронт	Операция	Оперируемость в % к числу лечившихся раненых	
		в ГБА	в ГБФ
1-й Белорусский	Висло-Одерская	38,7	20,6
2-й "	Восточно-Прусская	36,0	42,0
3-й "	"	40,7	20,1
2-й "	Восточно-Померанская	27,5	28,5

Большую работу проделали ДМП по оказанию квалифицированной медицинской помощи больным и их лечению. Ее итог весьма ощутимый — из дивизионных медицинских пунктов возвращалось в строй до 50% поступавших сюда больных.

Центром лечебной работы в действующей армии были госпитальные базы армий и фронтов. Следует прежде всего отметить

большой процент раненых, которые подвергались оперативным вмешательствам в ГБА и ГБФ (табл. 9).

Оперируемость раненых, особенно в госпитальных базах армий, колебалась в значительных пределах в зависимости от многих условий и прежде всего от хирургической активности впереди расположенных этапов медицинской эвакуации. Хирургическая же активность госпитальных баз фронта определялась главным образом сроками госпитализации раненых, поскольку здесь преимущественное место занимали повторные операции по поводу различного рода осложнений.

В госпитальных базах армий и фронтов многим раненым, особенно находившимся в шоковом состоянии, переливалась консервированная кровь и вливались кровезамещающие жидкости. Вообще в третьем периоде войны переливанию крови уделялось очень большое внимание.

Переливание крови раненым, по данным М. Н. Ахутина (1-й Украинский фронт) производилось: на ПМП — до 7%, на ДМП — до 16%, в ППГ — свыше 13%, в госпитальных базах — до 23% (к числу лечившихся раненых)¹.

Иммобилизация переломов в ГБА и ГБФ осуществлялась у всех раненых, нуждавшихся в этом. Причем здесь значительное место в иммобилизации занимали различные гипсовые повязки, особенно в



П. А. Куприянов. 1945 г.

¹ А. Багдасаров, Ф. Виноград-Финкель. Переливание крови. ЭСВМ, т. 4, стлб. 412.

госпитальных базах фронта. Если в ГБА иммобилизация гипсовыми повязками составляла 35—40% общего числа иммобилизаций, то в ГБФ этот процент достигал 70—75.

Госпитальные базы армий и фронтов проделали также большую работу по лечению раненых и больных и возвращению их в строй. Достаточно сказать, что лечебные учреждения армий возвращали в строй (по полугодовым отчетам) 20—25% лечившихся в них пораженных в бою и 50—60% больных; из госпитальных баз фронтов возвращалось в строй 25—30% лечившихся здесь пораженных в бою и 50—55% больных. В целом же в пределах фронта заканчивало лечение и возвращалось в строй около 50% лечившихся пораженных и больных.

Как и во все предыдущие периоды, в третьем периоде войны медицинская служба действующих фронтов особое внимание уделяла санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому обеспечению войск. При этом в проведении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в определенном объеме принимали участие все звенья медицинской службы и все ее части и учреждения независимо от их основного предназначения.

Характер боевых действий войск в третьем периоде войны требовал прежде всего постоянной информации о санитарно-гигиеническом и эпидемическом состоянии войск противника и занимаемой им территории. Получение этой информации обеспечивалось своевременным и непрерывным проведением медицинской разведки. Характерным для этого периода войны было сочетание медицинской разведки с проведением необходимых профилактических мероприятий. Даже простые надписи на домах «Здесь заразные больные» или на колодцах — «Вода для питья непригодна», которые делали санитарные инструкторы рот и фельдшеры батальонов, первыми входившие со своими подразделениями в населенные пункты, имели огромное значение в деле профилактики различных инфекционных заболеваний. Специальные же противоэпидемические части (санитарно-эпидемиологические отряды



Ф. Г. Кротков. 1945 г.

армии и фронта, отдельные дезинфекционные роты и др.) нередко формировали так называемые противоэпидемические группы, в состав которых включались средства, обеспечивавшие проведение и санитарно-эпидемиологической разведки и специальных противоэпидемических мероприятий

(например, обеззараживание выявленных очагов инфекционных заболеваний).

Большую роль в противоэпидемическом обеспечении войск играли войсковые этапы медицинской эвакуации и армейские и фронтовые лечебные учреждения. Они не только проводили необходимые профилактические мероприятия среди раненых и больных, но и осуществляли постоянное санитарно-эпидемиологическое наблюдение в районе своего расположения и при необходимости проводили те или иные противоэпидемические мероприятия.

Особое внимание медицинская служба уделяла проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий среди местного населения, санитарно-эпидемическое состояние которого, как отмечалось выше, было крайне неблагоприятным. Силами и средствами медицинской службы 1-го Белорусского фронта,

например, за период Белорусской операции 1944 г. было обследовано 1616 населенных пунктов, госпитализировано из числа местного населения 435 заразных больных, обеззаражено 638 жилых помещений, помыто 42 264 чел. местного населения, проведена дезинфекция и дезинсекция 29 365 шт. одежды, обследовано 15 090 и обеззаражено путем хлорирования 3476 колодцев. Аналогичная работа проводилась и на других фронтах.

Несомненно, что тщательное и широкое проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в войсках и среди населения явилось решающим фактором, обеспечившим санитарное благополучие войск и отсутствие крупных эпидемий заразных заболеваний среди них в третьем периоде войны.



Т. Е. Болдырев. 1945 г.

В ходе Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. зародилось и приобрело определенные организационные формы боевое содружество медицинской службы Вооруженных Сил СССР и медицинской службы народно-освободительных армий стран, временно оккупированных гитлеровской армией и войсками фашистской Италии. Особенно широкие и разносторонние формы это сотрудничество приняло в третьем периоде войны.

Как известно, в годы войны на территории СССР временные правительства Польши и Чехословакии из граждан своих стран создавали вооруженные силы, которые плечом к плечу с Красной Армией вели борьбу с немецко-фашистскими захватчиками. Вначале это были небольшие формирования — дивизии и корпуса, которые затем, по мере увеличения их численности и вооружения, были преобразованы в армии. На базе армий создавались национальные вооруженные силы народной Польши и Чехословакии. Народно-освободительная армия Югославии была создана в ходе борьбы с немецко-фашистскими и итальянскими оккупантами на территории своей страны. При подходе Красной Армии к границам Югославии Вооруженные Силы СССР и Югославии координировали свои действия, а затем вели совместные боевые операции. Внесли свой вклад в освобождение страны от фашистских оккупантов и вооруженные силы Болгарии и Румынии.

Во всех случаях, независимо от форм боевого содружества вооруженных сил, медицинская служба Красной Армии оказывала всемерную помощь медицинской службе молодых национально-освободительных армий. Она выражалась прежде всего в том, что по просьбе военного командования и руководства медицинской службы этих армий медицинская служба Красной Армии выделяла своих опытных военных врачей-специалистов. Эти специалисты работали рука об руку с врачами народно-освободительных армий, передавали им свой богатый опыт, помогали в становлении медицинской службы этих армий. На руководящих должностях Войска Польского находились советские военные врачи-организаторы М. А. Могучий и А. М. Солямонович, хирурги А. В. Шацкий и В. Н. Шейнис, терапевты В. М. Новодворский и Е. Б. Закржевский и другие специалисты.

В августе 1944 г., еще до выхода советских войск к границе Югославии и установления непосредственного взаимодействия Вооруженных Сил СССР и Югославии, для оказания практической помощи медицинской службе Народно-освободительной Армии Югославии была направлена группа советских военных медиков в составе 20 врачей и 16 медицинских сестер. Во главе этой группы был высококвалифицированный хирург и хороший организатор А. А. Казанский, занимавший до этого должность главного хирурга одного из фронтов. А. А. Казанский с честью выполнил свой долг, его труд был высоко оценен местными медицинскими работниками, о чем свидетельствует тот факт, что он вскоре после прибытия в Югославию был

назначен главным хирургом-консультантом Национально-освободительной Армии¹.

Медицинская служба Красной Армии оказывала также большую материальную помощь медицинской службе национально-освободительных армий Польши, Чехословакии, Югославии. Медицинская служба советских Вооруженных Сил выделяла полевое оборудование и оснащение для различных формирований медицинской служ-



Руководитель группы советских военных медиков в Югославии с руководящими деятелями военно-медицинской службы Народно-освободительной армии Югославии. Слева направо: доктор Исидор Папо, доктор Гойко Николиш (начальник военно-медицинской службы НОАЮ), А. А. Казанский.

бы этих армий, снабжала их медикаментами, инструментами, перевязочным материалом, консервированной кровью, санитарно-хозяйственным имуществом и другими средствами. В ряде случаев медицинская служба Красной Армии выделяла в распоряжение соответствующих начальников медицинской службы союзных войск санитарно-транспортные средства, отдельные лечебные учреждения и даже целые госпитальные базы. Так, например, в ноябре 1944 г. было принято решение для обеспечения раненых и больных Национально-освободительной Армии Югославии выделить госпитальную базу на 5000 коек.

¹ А. С. Георгиевский. Страницы истории отечественной военной медицины. Л., ВМОЛА им. С. М. Кирова, 1964, стр. 67—73.

Наконец, важнейшей формой боевого сотрудничества медицинской службы братских вооруженных сил явилась такая форма организации медицинского обеспечения войск, при которой раненые и больные принимались в лечебные учреждения Красной Армии независимо от их подданства. Даже в тех случаях, когда национально-освободительные армии имели свои госпитальные базы, некоторая часть раненых и больных, нуждавшихся в сложных видах медицинской помощи и длительных сроках лечения, поступала во фронтовые, а затем и в тыловые лечебные учреждения Красной Армии.

* * *

Активные боевые действия Красной Армии в третьем периоде Великой Отечественной войны развернулись на всем огромном фронте от Северного ледовитого океана до Черного моря, от крайнего севера Норвегии до Болгарии и Югославии. Следовательно, наши войска оказывались в различных географических условиях, которые, наряду с условиями боевой и оперативной обстановки, оказывали существенное влияние на организацию и характер боевых действий, а также на структуру и размеры санитарных потерь. Природные и социально-экономические факторы различных театров военных действий наложили свой отпечаток и на формы и содержание деятельности медицинской службы при организации медицинского обеспечения боевых действий войск. Наиболее сложными были географические условия на Крайнем Севере, в лесисто-болотистой местности Северо-западного и в горах Юго-западного театров военных действий.

Примером, иллюстрирующим трудности, с которыми встретилась медицинская служба на Крайнем Севере, может служить Петсамо-Киркенесская операция (7 октября—1 ноября 1944 г.). Эта операция является частью десятого стратегического удара Красной Армии, в ходе которого были осуществлены разгром немцев в районе г. Печенга, полное освобождение от немецко-фашистских захватчиков временно оккупированной территории нашей страны на Севере, выход советских войск к государственной границе и освобождение на территории Норвегии г. Киркенеса.

Петсамо-Киркенесская операция была осуществлена войсками Карельского фронта (начальник военно-санитарного управления фронта А. Е. Песис, главный хирург—А. А. Вишневский, главный терапевт—Н. С. Молчанов, главный эпидемиолог—М. А. Ковпацкий). Для выполнения задач операции была привлечена 14-я армия (начальник военно-санитарного отдела армии А. А. Великий), имевшая в своем составе три стрелковых корпуса, в операции принимали также участие два легких горнострелковых корпуса, подразделения укрепленных районов и другие войска.

Территория, на которой была проведена Петсамо-Киркенесская операция, характеризуется горным рельефом местности, наличием большого числа болот, озер, каменных россыпей, непроходимой тундрой. На территории крайне мало населенных пунктов и дорог,

пригодных для использования медицинской службой. К этому следует добавить очень короткое в сентябре светлое время суток, резкие перепады дневной и ночной температур, отсутствие топлива. Все это в той или иной степени сказалось на деятельности войск и медицинской службы.

К началу операции медицинская служба была обеспечена всеми необходимыми силами и средствами. Достаточно сказать, что в со-

ставе госпитальной базы 14-й армии насчитывалось 29 лечебных учреждений, имевших в общей сложности 8000 штатных коек и мест; для обеспечения операции, помимо ГБА, развертывалась госпитальная база фронта. Армия и соединения были обеспечены также необходимыми санитарно-транспортными средствами. И тем не менее медицинская служба при организации медицинского обеспечения боевых действий войск испытывала значительные трудности.

Особенно большие трудности возникали при организации сбора и выноса раненых с поля боя. Характер местности и грунта не позволял использовать здесь носилочные лямки для оттаскивания раненых в укрытия, лодочки-волокуши, лыжно-носилочные установки и другие приспособления, облегчающие труд санитаров и ускоряющие вынос раненых с поля боя. Поэтому основная масса раненых (63,4%) вышла с поля боя



Эвакуация раненых с переднего края на оленях. Карельский фронт.

и поступила на БМП самостоятельно; в 22,2% случаев раненые были доставлены на БМП на носилках, в 10,5% случаев вынос осуществлен на руках с помощью плащ-палаток, в 3,7% случаев раненые были доставлены на батальонные медицинские пункты на лошадях (использовался в основном гужевой транспорт, вьючных приспособлений в войсках, к сожалению, было очень мало) и в 0,2% случаев — на со-

баках. Естественно, что и сроки выноса раненых с поля боя здесь были большими.

Эвакуация раненых на полковые медицинские пункты также была затруднена. Поэтому более половины всех раненых прибыли на этот этап медицинской эвакуации пешком, а 16% было доставлено на носилках. Из-за бездорожья раненые иногда долго задерживались на ПМП и поздно поступали на дивизионные медицинские пункты: из общего числа раненых, поступивших на ДМП, до 12 часов после ранения поступило лишь 31,5%.

Большие трудности возникали также в развертывании этапов медицинской эвакуации, особенно войсковых, и их перемещении в ходе операции. В исходном положении многие полковые медицинские пункты размещались в землянках, хотя их постройка была сопряжена со значительными трудностями из-за каменистого или болотистого грунта. Дивизионные медицинские пункты развертывались, как правило, в палатках. В связи с ограниченным количеством дорог и их занятостью войсками в ходе операции дивизионные медицинские пункты отрывались от своих войск на 30—35 км, нередко вынуждены были делиться и работать на 2—3 площадках.

Д. Д. Кувшинский приводит интересный пример, который свидетельствует о том, какие усилия предпринимались медицинской службой для сохранения непрерывности и своевременности оказания медицинской помощи раненым и больным. В период с 8 по 10 октября 1944 г. части 368-й стрелковой дивизии вели тяжелые бои в районе северо-западнее озера Хири-ярви (12 км юго-восточнее Печенги), в ходе которых понесли значительные потери. Местность в районе боевых действий представляла собой сплошное нагромождение скал, валунов и каменистых сопок с крутыми, подчас отвесными скатами. Движение каких-либо видов транспорта, кроме вьючного, полностью исключалось. Чтобы обеспечить своевременное оказание квалифицированной хирургической помощи в этих условиях был создан облегченный медико-санитарный батальон, который был выдвинут в район боевых действий частей дивизии, развернул ДМП, принял 455 раненых и оказал им медицинскую помощь. При его выдвижении вперед необходимое для работы имущество переносилось на руках или перевозилось наконных вьюках.

Не менее сложными были условия для медицинской службы в операции по разгрому немецко-фашистских войск под Ленинградом и Новгородом. Операция была осуществлена войсками Ленинградского, Волховского и 2-го Прибалтийского фронтов в период с 14 января по 1 марта 1944 г. и проводилась на территории, имеющей большие лесные массивы и обширные заболоченные районы. Лесисто-болотистый характер местности во многом предопределил и характер боевых действий войск, и организационные формы их медицинского обеспечения.

Прежде всего следует отметить прочность оборонительных рубежей противника. Используя характерные черты местности, противник создал многополосную систему обороны и в течение длительного времени совершенствовал ее. На многих участках фронта передний край его обороны проходил по местности, труднодоступной

для наступающих войск. Особенно мощную оборону противник имел юго-западнее Ленинграда и в районе Новгорода. Условия местности затрудняли также широкое применение наступающими войсками такой боевой техники, как танки и самоходно-артиллерийские установки, сковывали маневр войск в ходе операции. Поэтому боевые действия носили весьма напряженный характер и сопровождались



Вынос раненых с поля боя на плащ-палатке с шестом. Ленинградский фронт, 1944 г.

относительно низкими темпами наступления (в среднем 4—5 км в сутки) и значительными санитарными потерями войск. Это в свою очередь потребовало больших усилий медицинской службы при решении стоящих перед ней задач.

При планировании медицинского обеспечения войск в предстоящей операции руководящий состав медицинской службы соединений, армий и фронтов учел характер предстоящих боевых действий и особенности местности и спланировал медицинское обеспечение войск с учетом этих особенностей. В частности, в соединениях и армиях Ленинградского и Волховского фронтов были приняты меры к тому, чтобы укомплектовать санитарно-транспортные подразделения и части средствами, пригодными для использования в лесисто-болотистой местности. В полках и дивизиях, помимо штатного гужевого и

автомобильного санитарного транспорта, широко применялись конные волокуши, приспособлялись плащ-палатки для переноски на них раненых, санитары и санитары-носильщики обучались использованию пулеметных волокуш для оттаскивания раненых. ВСУ Волховского фронта имело в своем подчинении отдельный отряд санитарных собачьих нартовых упряжек (ООСНУ), который предназначался для использования в войсках.

Все этапы медицинской эвакуации были приближены к линии фронта. Полковые медицинские пункты развертывались в подвалах, землянках, блиндажах, дивизионные медицинские пункты — в землянках, палатках и общественных зданиях. На Ленинградском фронте не были выделены ХППГ первой линии, что затруднило маневр медико-санитарными батальонами в ходе операции. Близость к линии фронта Ленинграда обусловила тот факт, что некоторые ДМП, как и госпитальные базы армий и фронта, были развернуты в самом городе.

Несмотря на значительные трудности в осуществлении сбора раненых, их выноса и эвакуации в условиях лесисто-болотистой местности, медицинская служба с этими задачами справилась вполне успешно. Об этом свидетельствуют, в частности, такие данные: на Ленинградском фронте из общего числа раненых вынесено с поля боя санитарями и привлеченными для этой цели бойцами от 62,0% до 73,9%, причем основная масса раненых (от 85,1% до 100%) доставлена на ПМП в первые 6 часов после ранения.

Примером сложных условий деятельности медицинской службы в горах и проявленной при этом ее личным составом инициативы и находчивости может служить Карпатская (Ужгородская) наступательная операция, осуществленная войсками 4-го Украинского фронта и 38-й армии 1-го Украинского фронта в период с 9 сентября по 28 ноября 1944 г. В ходе этой операции наступавшие войска преодолели главный хребет лесистых Карпат, овладели городами Мукачево и Ужгород и вышли на рубеж р. Орнава. Глубина операции составила от 160 до 300 км, темп наступления был относительно низким — всего 2—2,5 км в сутки, что обуславливалось неблагоприятным влиянием гористого рельефа местности.

В рассматриваемой операции одну из главных задач решала 1-я Гвардейская армия. Личный состав медицинской службы этой армии (начальник военно-санитарного отдела М. А. Хорст) особенно много потрудился над тем, чтобы преодолеть трудности, возникающие при организации медицинского обеспечения войск в горах. В армии очень тщательно готовились к предстоящей операции. При этом особое внимание было уделено подготовке средств выноса (вьючные носилки, специальные вьючные седла, конные волокуши и др.) и организации сбора, выноса и эвакуации раненых.

Учитывая сложный характер местности, весь путь выноса и эвакуации раненых от места ранения до полковых медицинских пунктов разделялся на три отрезка. На первом отрезке пути — от места ранения до места, куда мог подойти вьючный транспорт (так называемый вьючный пост санитарного транспорта) вынос раненых осуще-

ставлялся на руках с помощью носилок, плащ-палаток или без всяких приспособлений. На втором его отрезке — от вьючного ПСТ до места, где останавливался колесный гужевой транспорт («гужевой» ПСТ) раненые доставлялись на лошадях с помощью различных вьючных приспособлений. Наконец, на третьем отрезке эвакуационного пути — от гужевого ПСТ до полкового медицинского пункта эвакуация раненых осуществлялась на санитарных повозках и передках других повозок, приспособленных для установки носилок. Из полковых медицинских пунктов раненые и больные эвакуировались, как правило, на автотранспорте. Иногда перегрузка раненых на автомобильный транспорт осуществлялась не на ПМП, а в стороне от него. В таком случае создавались санитарные перегрузочные пункты (СПП), в районе которых нередко находились и питательно-обогревательные пункты.



Транспортировка раненых на конных волокушах.
4-й Украинский фронт, 1945 г.

Интересным был также маневр медико-санитарными батальонами. Чтобы обеспечить своевременное оказание квалифицированной хирургической помощи при действии войск в отрыве от главных коммуникаций, медико-санитарные батальоны делились на две группы. Одна из них — подвижная «горная группа», рассчитанная на прием и одновременное размещение 60—100 раненых,

на конном, гужевом или вьючном транспорте выдвигалась в труднодоступные районы, принимала раненых от ПМП, иногда работала с ним на одной площадке, осуществляла некоторые мероприятия квалифицированной медицинской помощи и обеспечивала временную госпитализацию нетранспортабельных. Другая, «придорожная» группа разворачивала ДМП вблизи дорог, проходимых для автомобильного транспорта, обеспечивала прием раненых и больных из ПМП и «горной группы», оказывала им необходимую квалифици-

рованную медицинскую помощь и осуществляла подготовку их к дальнейшей эвакуации.

Такая организация сбора, выноса и эвакуации раненых сказалась положительно на сроках доставки их на этапы медицинской эвакуации. Несмотря на сложные условия, 85—90% всех раненых были доставлены на ПМП в первые 3 часа, а на ДМП в первые 6 часов после ранения. Была достаточно большой и хирургическая активность ДМП — общая оперируемость здесь составила 61,3%.

* * *

Завершающей операцией Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. явилась Берлинская операция, осуществленная войсками 2-го, 1-го Белорусского и 1-го Украинского фронтов в период с 16 апреля по 8 мая 1945 г. В этой операции с особой яркостью проявились высокий уровень тактики, оперативного искусства и стратегии Советских Вооруженных Сил, воинское мастерство и высокие морально-боевые качества наших бойцов и командиров и тот необыкновенный подъем, который царил в стране накануне окончания войны. Блестящая по своему замыслу и выполнению Берлинская операция завершилась полным разгромом немецко-фашистской военной машины и привела к капитуляции гитлеровской Германии и окончанию войны в Европе.

Для Берлинской операции характерным является необычайно большой ее размах. В операции принимало участие на стороне со-

ветских войск около 1,5 млн. человек, для выполнения стоявших перед ними задач было привлечено 8400 самолетов, 6300 танков, 52 700 орудий и минометов. Значительной была эта операция и по своим результатам: в ходе ее советские войска разгромили 100 дивизий из 116 дивизий противника, принимавших участие в боевых действиях,



А. Я. Барабанов. 1944 г.

окружили и уничтожили более 400 000 солдат и офицеров Берлинской группировки немецко-фашистских войск.

В обеспечении войск, принимавших участие в Берлинской операции, проявился большой опыт, приобретенный медицинской служ-

бой Красной Армии за весь период Великой Отечественной войны. Руководство медицинской службой фронтов, участвовавших в Берлинской операции, осуществляли опытные медицинские начальники и специалисты, которые до этого организовывали медицинское обеспечение ряда сложных фронтовых операций (табл. 10).

На организационных формах деятельности медицинской службы сказались прежде всего конкретные условия, сложившиеся до начала операции и в ходе ее. Наиболее сложным для медицинской службы оказалось проведение подготовительных мероприятий. Их сложность обуславливалась тем, что фронты, участвовавшие в Берлинской операции, до ее начала вели почти непрерывные наступательные действия. Так, 1-й и 2-й Белорусские фронты до Берлинской операции завершили Висло-Одерскую (14 января — 2 февра-



Н. П. Устинов. 1946 г.

ля) и Восточно-Померанскую операции (10 февраля — 31 марта). Это привело к тому, что к началу подготовительного периода Берлинской операции лечебные учреждения армий и фронтов были загружены большим числом раненых и больных, а многие госпитальные базы оказались на значительном удалении от войск. Положение усугублялось тем, что организация массовой железнодорожной эвакуации раненых в тыл страны существенно осложнялась вследствие разницы в ширине колеи советской и западноевропейской железных дорог и трудностями подачи в связи с этим постоянных военно-санитарных поездов к госпитальным базам, развернутым за пределами территории

**Руководители медицинской службы фронтов, участвовавших
в Берлинской операции**

Наименование должности	1-й Белорусский фронт	2-й Белорусский фронт	1-й Украинский фронт
Начальник Военно-санитарного управления фронта	Барабанов А. Я.	Жуков К. М.	Устинов Н. П.
Главный хирург	Попов В. И.	Напалков П. Н.	Ахутин М. Н.
Главный терапевт	Рябов М. Ф.	Николаев А. Н.	Василенко В. Х.
Главный эпидемиолог	Знаменский Г. А.	Холодовский В. О.	Кузьминский А. С.

нашей страны. Железные дороги были также перегружены оперативными перевозками.

Все это привело к тому, что к началу Берлинской операции достаточно полно освободить и приблизить к линии фронта многие госпитальные базы не удалось. Так, госпитальные базы армии 2-го Белорусского фронта к началу операции были заполнены на 55,4% их коечной емкости, некоторые из них имели еще большую загрузку — до 77,0% (2-я Ударная армия) и даже до 88,4% (19-я армия); в госпитальной базе фронта было занято 69,6% общего числа коек. Загрузка госпитальных баз армии 1-го Белорусского фронта была несколько меньшей — 43,8%, но фронтовые госпитали были заполнены ранеными и больными на 71%, причем госпитальные базы этого фронта к началу Берлинской операции размещались на расстоянии от 45 до 550 км от линии фронта.

Следует, однако, отметить, что такая загруженность госпиталей армий и фронтов не столь резко сказалась на качестве медицинского обеспечения войск в Берлинской операции. Объясняется это, во-первых, тем, что санитарные потери войск в операции были относительно небольшими, во-вторых, тем, что возросшая к концу войны коечная емкость госпитальных баз армий и фронтов позволила им все же высвободить достаточное количество лечебных учреждений для обеспечения Берлинской операции. А о том, что армии и фронты имели значительный коечный фонд, свидетельствуют следующие данные: в госпитальных базах всех армий 2-го Белорусского фронта насчитывалось 36 500 коек, в армиях 1-го Белорусского фронта — 64 700 коек, в армиях 1-го Украинского фронта — 46 500 коек. На каждую армию 2-го Белорусского фронта приходилось от 5600 до 8600 коек, примерно столько же имели армии и других фронтов. Емкость всех фронтовых лечебных учреждений этих фронтов была соответственно 75 300, 77 200, 85 800 коек.

В структуре санитарных потерь в эту операцию, как и в другие операции третьего периода Великой Отечественной войны, основную массу составляли раненые (от 70,1% на 2-м Белорусском до 88,7% на 1-м Белорусском фронтах); остальные потери были за счет больных, контуженных и обожженных.

К началу операции все этапы медицинской эвакуации были максимально приближены к войскам. При этом многие полковые и ди-

визионные медицинские пункты размещались в землянках и блиндажах. Смело приближались к войскам и госпитальные базы, в частности фронтовые. Так, первый эшелон госпитальной базы 1-го Белорусского фронта был развернут на расстоянии 45 км, первый эшелон госпитальной базы 1-го Украинского фронта — в 28 км от линии фронта. Такое приближение госпитальных баз фронтов позволило некоторым армиям в исходном положении свои госпитальные базы не разворачивать.



М. Н. Ахутин. 1942 г.

В ходе операции войсковые этапы медицинской эвакуации перемещались за войсками в зависимости от конкретных условий, госпитальные базы армий разворачивались 2—3 раза.

Маневр фронтовыми лечебными учреждениями на разных фронтах осуществлялся по-разному. На 2-м Белорусском фронте в ходе операции госпитальные базы с функциями первого эшелона ГБФ разворачивались дважды, на 1-м Белорусском и 1-м Украинском фронтах первые эшелоны ГБФ оставались на месте до конца операции; вперед выдвигались лишь полевые подвижные

госпитали, которые выполняли функции госпитальных баз армий.

В ходе медицинского обеспечения войск медицинская служба частей и соединений особенно большое внимание уделяла розыску, сбору раненых и их выносу с поля боя. Это и понятно, если учесть, что бои в населенных пунктах, особенно в таком крупном городе, как Берлин, чрезвычайно затрудняли сбор раненых и их вынос. Тем не менее медицинская служба хорошо справилась со своими задачами, о чем свидетельствуют данные о сроках доставки раненых на этапы медицинской эвакуации: в первые 3 часа после ранения на полковые медицинские пункты 1-го Украинского фронта было доставлено 84,8%, 2-го Белорусского фронта — 83,3% раненых; на дивизионные медицинские пункты 2-го Белорусского фронта 89,0% раненых было доставлено в первые 8 часов после ранения.

Наиболее характерной чертой в организации лечебно-эвакуационного обеспечения Берлинской операции является ограничение эвакуации раненых из госпитальных баз армий в госпитальные базы фронтов, а также в тыл страны. Так, например, в госпитальную базу 1-го Украинского фронта было доставлено только 26,9%, а за пределы фронта эвакуировано лишь 15,4% всех лечившихся (состоявших к началу операции и поступивших за операцию) на этом фронте.

Сокращение объема эвакуации объясняется не только трудностями в использовании железнодорожного транспорта, но и тем, что Берлинской операцией завершалась Великая Отечественная война и лечебные учреждения могли перейти к проведению широких лечебных мероприятий и обеспечить лечение раненых и больных «на месте». Правда, такое ограничение эвакуации в некоторых случаях привело к перегрузке госпитальных баз, но оно

было полностью оправданным конкретно сложившейся обстановкой. Задержка раненых и больных для их лечения в лечебных учреждениях армий и фронтов позволила оказывать им квалифицированную и специализированную медицинскую помощь в полном объеме и в наиболее оптимальные сроки, что обеспечило быстрее выздоровление раненых и больных и возвращение их к мирному созидательному труду.



Здание, в котором размещался полковой медицинский пункт 1008 сп 266 сд 1-го Белорусского фронта. Берлин, 29 апреля 1945 г.



1945

Глава VII

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КРАСНОЙ АРМИИ В ВОЙНЕ С ИМПЕРИАЛИСТИЧЕСКОЙ ЯПОНИЕЙ ОБЩИЕ ИТОГИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КРАСНОЙ АРМИИ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ



Война с империалистической Японией являлась прямым продолжением и составной частью Великой Отечественной войны. Еще в феврале 1945 г. на Крымской конференции

были подписаны соглашения, предусматривающие вступление СССР в войну на Дальнем Востоке после капитуляции Германии¹.

Стратегической целью предстоящей операции на Дальнем Востоке был разгром японской Квантунской армии в северо-восточном Китае и Корее, на Южном Сахалине и Курильских островах с задачей ускорить капитуляцию Японии. Советским войскам предстояло вести военные действия на территории Маньчжурии, которая с 1931 г. подготавливалась Квантунской армией как плацдарм для агрессии против СССР. Отсюда были совершены разбойничьи нападения японцев в районе оз. Хасан в 1938 г. и р. Халхин-Гол в 1939 г.

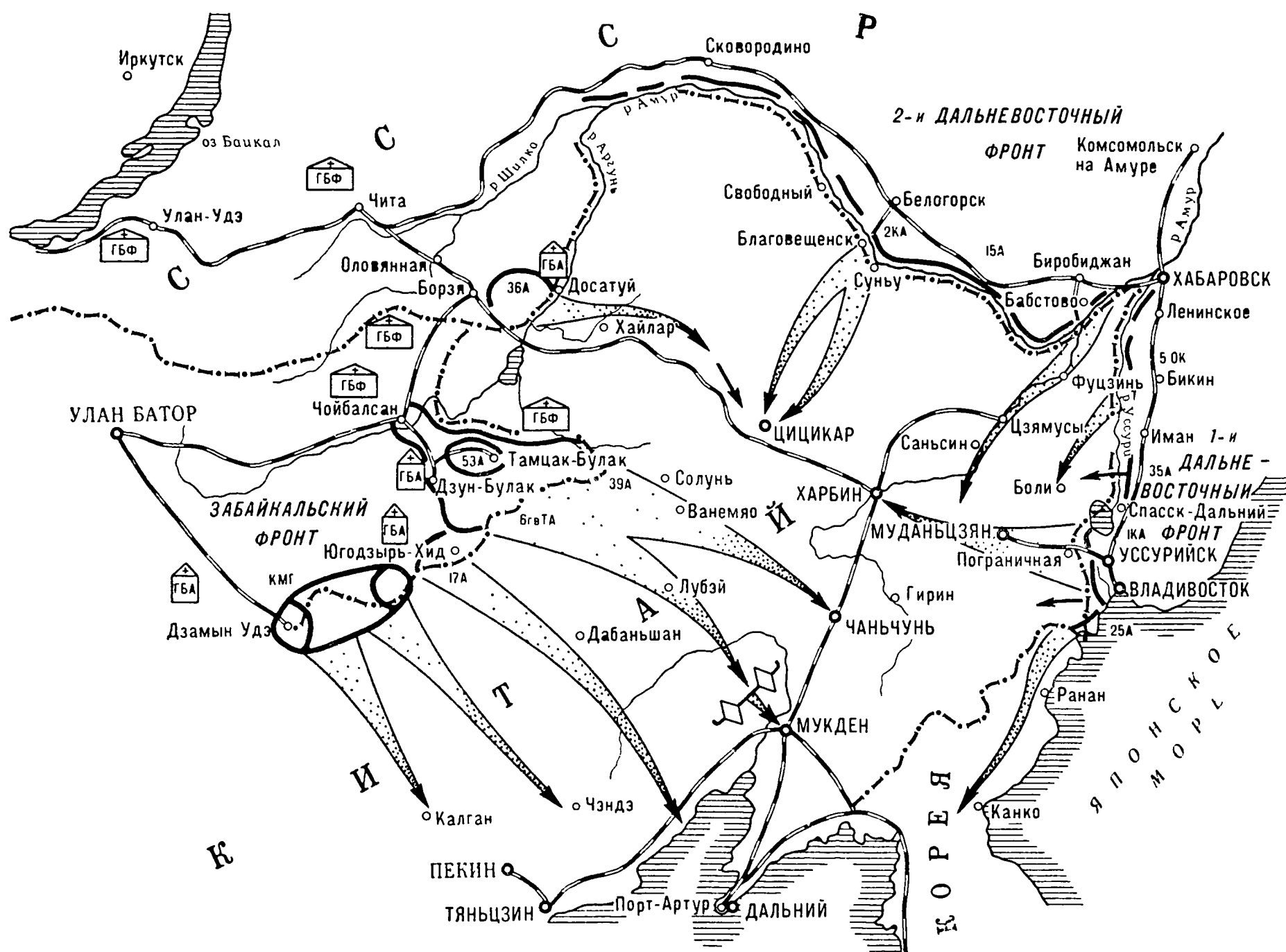
К началу августа 1945 г. численность Квантунской армии достигла 881 000 чел. Кроме того, под контролем японских офицеров находились марионеточные войска Маньчжоу-Го и войска князя Дэвана. По японскому плану обороны Маньчжурии и Кореи предполагалось всеми силами задержать продвижение советских войск в приграничной полосе. При неуспехе этих действий предусматривался отвод главных сил в горные районы на границе северо-восточного Китая и Кореи. Таким образом, японские войска готовились к оборонительным действиям; для прикрытия границы было выделено около $\frac{1}{3}$ сил, остальные отведены в глубь Маньчжурии. Оборонительным планам противника способствовали благоприятные физико-географические условия театра военных действий: с запада центральные районы Маньчжурии прикрывались мощным горным хребтом Большого Хингана, с севера — Малым Хинганом, на востоке — Восточно-Маньчжурскими горами. Границы СССР были прикрыты укрепленными районами, которые создавались здесь заблаговременно с целью сосредоточения и развертывания войск для последующих наступательных действий. Общая протяженность границы составляла около 5000 км.

В соответствии с общим замыслом в районе предстоящих боевых действий были образованы три фронта: Забайкальский, 2-й и 1-й Дальневосточные.

Вследствие большой удаленности от центра и своеобразия театра военных действий было также создано Главное командование советских войск на Дальнем Востоке, в задачу которого входила координация действий фронтов, флота и авиации.

¹ История Великой Отечественной войны Советского Союза 1941—1945 гг., т. 5. М., стр. 530.

В директиве Ставки Главкома войск на Дальнем Востоке от 26/VI 1945 г. задачи фронтов сводились к подготовке и проведению во взаимодействии с Тихоокеанским флотом и Амурской речной флотилией наступательной операции по вступлению в центральную часть северо-восточного Китая с целью разгрома Квантунской армии. В соответствии с этим замыслом войска Забайкальского фронта должны были нанести главный удар двумя общевойсковыми и одной



Действия советских войск на Дальнем Востоке в 1945 г. Размещение госпитальных баз Забайкальского фронта к началу операции.

танковой армией из района Тамцак-Булакского выступа в направлении на Чаньчунь. Конно-механизированная группа действовала из МНР в направлении Чэндэ. Справа и слева ударная группировка обеспечивалась войсками 36-й и 17-й армий. 2-й Дальневосточный фронт наносил удар силами 15-й армии вдоль р. Сунгари в направлении Цзямусы, Харбин во взаимодействии с Амурской речной флотилией. Остальные силы фронта должны были оборонять государственную границу. 1-й Дальневосточный фронт силами 1-й Краснознаменной, 5-й армий и 10-го механизированного корпуса наносил главный удар из района Гродеково в направлении Муданьцзян с последующим выходом на линию Харбин, Ранан. В задачу Тихоокеанского флота входило нарушение морских коммуникаций противника в Японском море и препятствие высадке десантов на советском побережье. Таким образом, стратегическая операция трех фронтов и Тихоокеанского флота преследовала решительные цели, для достижения которых

войска наносили рассекающие удары с трех направлений, сходящихся в центре Маньчжурии.

Глубина операции для Забайкальского фронта составляла 800 км, для 1-го Дальневосточного — 400—500 км, для 2-го Дальневосточного — более 500 км. Планировалось, что войска Забайкальского фронта на 15-й день операции должны выйти на рубеж Солунь, Лубэй, Дабаньшань; войска 1-го и 2-го Дальневосточных фронтов к 23-му дню операции — соответственно в район Цзямусы и на рубеж Боли, ст. Санчагоу. Глубина первого этапа операции составляла от 150 до 300 км. К исходу операции войска фронтов должны были выйти на линию Мукден, Чаньчунь, Харбин, Ранан.

В медико-географическом отношении территория предстоящих военных действий характеризовалась резко континентальным климатом, а обширные пространства внутренней Монголии — пустынно-степным характером местности с весьма ограниченным количеством водных источников. Весьма неблагоприятными для медицинской службы факторами являлись наличие в некоторых районах Маньчжурии эпидемических очагов чумы и периодически регистрируемые вспышки холеры. Следует также отметить большую заболеваемость местного населения паразитарными тифами, брюшным тифом и дизентерией. Кроме того, на юге Маньчжурии существовала реальная опасность проникновения в войска клещевых энцефалита и тифа, а также японского энцефалита.

Своеобразные физико-географические условия — наличие мощных горных систем, пустынно-степной характер местности на равнинах, недостаток воды и высокая температура, характерная для летнего периода, — составляли для личного состава войск дополнительные трудности, которые должна была учесть медицинская служба.

В порядке подготовки операции была осуществлена крупная перегруппировка войск. С запада в районы сосредоточения войск в Забайкалье и на Дальнем Востоке была произведена переброска 5-й, 39-й и 53-й общевойсковых армий, 6-й Гвардейской танковой армии, а также значительного числа танковых, артиллерийских, авиационных, инженерно-саперных и других частей и соединений. Всего в течение мая — июля 1945 г. на путях сообщения и на маршах в районах развертывания войск находилось до 1 млн. солдат и офицеров.

Марши войск после выгрузки из железнодорожных эшелонов осуществлялись на различные расстояния: от 100 км в Приморье до 1000 км в Забайкалье и на территории МНР в условиях жаркого лета, пустынной местности и чрезвычайных трудностей с водоснабжением.

Главное военно-санитарное управление разработало ряд мер по подготовке медицинской службы. Наиболее сложной и трудоемкой задачей было сосредоточение и развертывание необходимых частей и учреждений медицинской службы в таком комплекте и количестве, как того требовали задачи войск, их боевой состав и особенности театра военных действий. Руководство ГВСУ исходило из необходимости организовать лечение раненых и больных в пределах театра военных действий, допуская эвакуацию в тыл страны лишь в самых минимальных размерах.

В армиях и фронтах в планах медицинского обеспечения войск предусматривалось создание резерва лечебных учреждений, предназначенных для маневра в ходе операции. Военно-санитарные управления фронтов, планируя медицинское обеспечение, исходили из организации тыла и особенностей боевых действий. В частности, для 1-го и 2-го Дальневосточных фронтов была характерна весьма небольшая глубина фронтового тылового района, ограниченного железной дорогой Сковородино — Владивосток. Условия конкретной обстановки позволили максимально приблизить к войскам районы расположения госпитальных баз. Особое внимание уделялось проведению противоэпидемических мероприятий.

На Забайкальском фронте (начальник ВСУ фронта П. Г. Столыпин, главный хирург Н. Н. Еланский, главный терапевт Б. П. Первушин) госпитальные базы армий были максимально приближены к войскам. Госпитальная база фронта развернулась в два эшелона.

На 2-м Дальневосточном фронте (начальник ВСУ А. И. Бурназян, главный хирург А. С. Ровнов, главный терапевт А. М. Черевков, главный эпидемиолог В. Д. Краснов) госпитальные базы армий также находились на близком расстоянии от войск. Госпитальная база 16-й армии была сосредото-

точена отдельными госпиталями по побережью от Магадана до Советской Гавани. Госпитальная база фронта развернулась в один эшелон на трех эвакуационных направлениях.

На 1-м Дальневосточном фронте (начальник ВСУ фронта А. Е. Песис, главный хирург А. А. Вишневский, главный терапевт Н. С. Молчанов, главный эпидемиолог В. Л. Портнов) госпитальные базы армий были созданы на рубеже между железной дорогой и государственной границей, госпитальная база фронта располагалась на двух эвакуационных направлениях.

Для непосредственного руководства подготовкой медицинской службы стратегической группировки на Дальнем Востоке и управления ею в период военных действий в Ставке Главкома войск на Дальнем Востоке было создано санитарное управление, начальником которого стал заместитель начальника ГВСУ Н. И. Завалишин. В качестве



Н. И. Завалишин. 1945 г.

главного хирурга и терапевта Ставки были назначены профессора В. Н. Шамов и М. С. Вовси.

Сжатые сроки подготовительного периода, в ходе которого была произведена массовая переброска войск с запада на восток, необходимость перемещения значительной их части на исходные рубежи с преодолением больших расстояний при крайне неблагоприятных климато-географических условиях создавали серьезные трудности для медицинской службы Красной Армии. Но вместе с тем имелись и бла-



А. А. Вишневский. 1945 г.

гоприятные для медицинской службы обстоятельства: это кратковременность боевых действий, малые размеры санитарных потерь, о чем будет сказано ниже, и, наконец, богатейший боевой опыт медицинского обеспечения войск, приобретенный во время войны с фашистской Германией и ее союзниками.

В результате оперативного сосредоточения численность войск в Забайкалье и на Дальнем Востоке возросла вдвое. Это, естественно, требовало соответствующего увеличения количества сил и средств медицинской службы, что достигалось, главным образом, за счет переброски медицинских частей и учреждений с запада, поскольку в Забайкалье и на Дальнем Востоке к началу подготовки операции этих сил и средств было явно недостаточно. Так, из 80 000 находившихся в этих районах

госпитальных коек было развернуто всего около 54 500, из них 30 000 в Чите и Иркутске были заполнены ранеными и больными, эвакуированными сюда с запада. Госпитальный коечный фонд, имевшийся в Забайкалье и на Дальнем Востоке, состоял из гарнизонных, полевых и эвакуационных госпиталей, которые в большинстве своем были свернуты, а 64% эвакогоспиталей находилось в ведении Наркомздрава РСФСР.

Части и учреждения медицинской службы имели большой некомплект личного состава. Так, на 2-м Дальневосточном фронте не хватало 46% врачей. Многие эвакогоспитали Наркомздрава были укомплектованы медицинскими кадрами только наполовину. Восполнить недостающее количество медицинского состава за счет ресурсов ме-

стных военкоматов не представлялось возможным. Фронты были плохо обеспечены автосанитарным транспортом. Некомплект санитарных машин, например, на Забайкальском фронте достигал 46%¹. Медицинская служба испытывала затруднения со снабжением наркотным эфиром, ампульными препаратами и гипсом. Кроме того, ощущался острый недостаток в палатках.

Согласно директивам Генерального штаба, в Забайкалье и на Дальний Восток подлежало перебазированию с запада 348 различных частей и учреждений медицинской службы (из них 74 с погрузкой в августе—сентябре). Для восполнения имевшегося некомплекта было предусмотрено направление медицинского состава 156 расформированных госпиталей².

Перемещение такого количества сил и средств медицинской службы в сжатые сроки (2—3 месяца) и на большое расстояние (8000—12 000 км) являлось задачей весьма сложной. Это тем более следует подчеркнуть, что указанная задача осуществлялась в условиях большой перегрузки железной дороги оперативными перевозками. Вот

почему немалая часть сил и средств медицинской службы прибывала на восток со значительным опозданием. Например, 2-й Дальневосточный фронт к началу боевых действий получил только 30% запланированных ему медицинских учреждений³. Многие госпитали поступили в распоряжение медицинской службы, не имея полной обеспеченности машинами, палатками (а нередко и вовсе без них), носилками, а также со значительным некомплектом личного состава⁴. На всех трех фронтах к началу боевых действий неоставало более



Н. С. Молчанов. 1954 г.

¹ Военная медицина в Великую Отечественную войну, в. X. М., 1955, стр. 289.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 47167, д. 11, л. 62.

³ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44668, д. 76, л. 317.

⁴ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47167, д. 3, лл. 2, 19—20.

2300 врачей, около 1600 чел. среднего медицинского состава и 600 чел. вольнонаемного медицинского персонала¹.

В подготовительный период потребовалось заново создавать ряд полевых органов и одновременно разворачивать отобилизованные на месте новые медицинские части и учреждения. Нужно было размещать их в районах сосредоточения и развертывания войск, укомплек-



В. Н. Шамов. 1945 г.

товывать кадрами и имуществом, выдвигать на исходные рубежи силы и средства, предназначенные для сопровождения войск в предстоящей наступательной операции. Видное место среди мероприятий, проводимых медицинской службой в период подготовки наступательной операции Красной Армии в Маньчжурии, занимала организация медицинского обеспечения больших масс войск, передвигавшихся по железным дорогам и совершавших марши на большие расстояния (до 1000 км), в том числе и на территории Монгольской Народной Республики. В решении этой задачи важную роль играли санитарно-контрольные пункты и приемники. Первые разворачивались на крупных железнодорожных станциях по пути движения воинских эшелонов, вторые — на

таких же станциях, но в районах разгрузки этих эшелонов. Приемники представляли собой нештатные подразделения медицинской службы с дежурным медицинским составом и автосанитарным транспортом. Они предназначались для приема больных из состава войск, совершавших перегруппировку.

Вся эта напряженная работа по сосредоточению и развертыванию лечебных учреждений не осталась безрезультатной. В табл. 11 показано состояние госпитальных баз фронтов на Дальнем Востоке перед началом Маньчжурской наступательной операции. Кроме того, значительное количество госпиталей еще формировалось и находилось на месте.

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44668, д. 187, л. 21.

Таблица 11

**Состояние госпитальных баз
фронтов перед Маньчжурской
операцией**

Фронты	Развернуто и готово к работе коек	Находится в пути коек
1-й Дальневосточный	37 700	20 600
2-й »	14 450	13 700
Забайкальский	65 900	6 800
Всего	118 050	41 100

Следует отметить, что из 118 050 развернутых коек около 62 000 приходилось на койки армейских госпитальных баз. Таким образом, койки формируемых, а также находящихся на подходе лечебных учреждений предназначались главным образом для увеличения емкости фронтовых госпитальных баз. Следовательно, несмотря на большую по масштабу подготовительную работу к началу операции, предстояло

еще сделать многое по формированию лечебных учреждений и приему новых госпиталей для увеличения емкости госпитальных баз фронтов до необходимых размеров. Особенно это касалось госпитальных баз 2-го и 1-го Дальневосточных фронтов. Следует к тому же сказать, что из-за недостатка жилого фонда и ограниченного количества палаток значительная часть лечебных учреждений оказалась неразвернутой. На Забайкальском фронте, например, суммарная емкость таких учреждений фронтового подчинения составляла 50—60% общего числа коек, которыми располагала госпитальная база фронта¹.

Нельзя не отметить и того обстоятельства, что во фронтах были явно недостаточно представлены полевые подвижные госпитали: так, на 9 августа 1945 г. в госпитальной базе Забайкальского фронта из 120 госпиталей имелось только 7 хирургических полевых подвижных госпиталей и один инфекционный. В госпитальной базе 1-го Дальневосточного фронта из 69 лечебных учреждений было всего 17 полевых подвиж-

¹ Военная медицина в Великой Отечественной войне, в. X. М., 1955, стр. 294.



М. С. Вовси. 1945 г.

ных госпиталей, а во 2-м Дальневосточном фронте эти госпитали вообще отсутствовали. Столь необходимым в условиях быстро развивающихся наступательных действий войск качеством — подвижностью — не обладали в должной мере и армейские лечебные учреждения. Достаточно указать, что в состав почти всех госпитальных баз армий были включены эвакогоспитали: в 36-й армии их было 8 из 19

имевшихся к началу операции госпиталей, в 25-й армии — 7 из 17, в 15-й армии — 5 из 14.

Размещение госпитальных баз 2-го и 1-го Дальневосточных фронтов к началу операции показано на схеме. В войне с Японией медицинская служба располагала довольно значительными санитарно-транспортными средствами. С разрешения Ставки Главкомандующего войсками Дальнего Востока автосанитарные роты были переведены с двухвзводного состава на трехвзводный¹. Медицинская служба получила много новых санитарных автомобилей. Укомплектованность фронтов автосанитарным транспортом достигала 90% (Забайкальский фронт)². Однако медицинская служба не имела в своем распоряжении достаточного количества



А. Е. Песис. 1946 г.

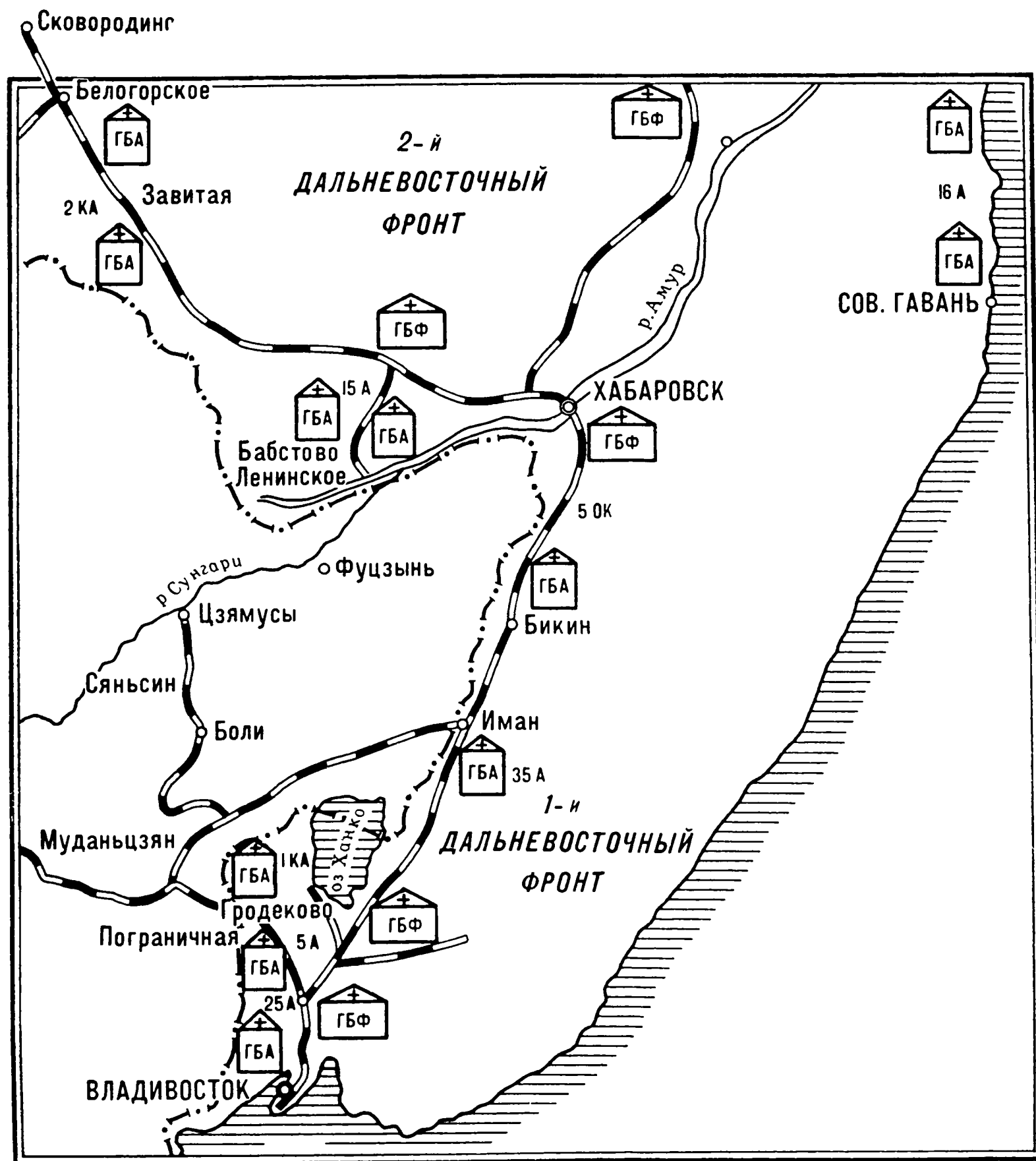
санитарных самолетов, так необходимых по условиям данного театра военных действий.

Сравнительно благополучно обстояло дело и с обеспеченностью фронтов медицинским имуществом. Однако в отдельных видах имущества и медикаментов потребность медицинской службы не была все же удовлетворена полностью. Это прежде всего относилось к палаткам. Так, перед началом боевых действий, по состоянию на 1 августа 1945 г., общевойсковые армии 1-го Дальневосточного фронта были снабжены палаточным фондом на 70,5% положенной нормы, а Забайкальского фронта — всего лишь на 35%.

¹ Военная медицина в Великой Отечественной войне, в. X. М., 1955, стр. 292.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 44668, д. 76, л. 11.

Маньчжурская наступательная операция началась в ночь на 9 августа 1945 г. одновременным переходом в наступление войск всех трех фронтов. В первый же день наступления подвижная группа Забайкальского фронта продвинулась на 150 км. С 9 по 14 августа в трудных условиях бездорожья, преодолевая сопротивление против-



Размещение госпитальных баз 1-го и 2-го Дальневосточных фронтов к началу операции.

ника, войска этого фронта продвинулись в глубь Маньчжурии на 250—400 км, выполнив задачу первого этапа операции, и оказались в тылу противника. Фронт продолжал стремительное наступление на Цицикар, Чаньчунь.

В полосе 1-го Дальневосточного фронта, несмотря на ожесточенное сопротивление противника, опиравшегося на систему сильных укрепленных районов, к 14 августа войска завязали бои за Муданьцзян, продвинулись на 100 км, одновременно создав условия для наступления на юге, в Корею. Наступление 2-го Дальневосточного фронта проходило в условиях наводнения на реках Амур и Сунгари. К 14 августа

был взят г. Баоцин, войска успешно продвигались на линии Чаньчунь, Мукден.

Катастрофическое положение, в котором оказалась Квантунская армия, привело к тому, что 14 августа 1945 г. императором Японии было принято решение о капитуляции.

Стремительное продвижение войск в глубь Маньчжурии создавало весьма большие трудности в их материально-техническом обеспечении. Значительное удлинение коммуникаций, бездорожье, трудности в снабжении горючим сказались также и на маневре средствами медицинской службы армий и фронтов.

В ходе наступательной операции санитарные потери составили всего около 16% предполагаемого их числа¹. Указанное обстоятельство в значительной мере облегчило положение медицинской службы. При этом по размерам санитарных потерь фронты и армии существенно отличались между собой. В частности, на долю 1-го Дальневосточного фронта пришлось 52,9% всех санитарных потерь, которые понесли войска, участвовавшие в войне с Японией. В структуре санитарных потерь по Забайкальскому и 1-му Дальневосточному фронтам весьма характерным являлся высокий удельный вес пулевых ранений (1-й Дальневосточный фронт — 58,3%, 36-я армия Забайкальского фронта — 80%), во 2-м Дальневосточном фронте преимущественное место занимали осколочные ранения.

Больных в общем числе санитарных потерь было 29,1%². Особенно велика была заболеваемость на Забайкальском фронте, где больные составляли 52,0% всех потерь, что обуславливалось в значительной мере неблагоприятными медико-географическими условиями района боевых действий в полосе наступления этого фронта и недостаточной подготовленностью к ним войск. На 1-м Дальневосточном фронте количество больных составляло лишь 16,8% общего числа санитарных потерь.

Высокие темпы наступления Красной Армии в ходе боевых действий по разгрому японских войск, горно-таежный характер местности, бездорожье, перебои в снабжении горючим — все это привело к тому, что в большинстве случаев подразделения, части и учреждения медицинской службы значительно отставали (особенно в начале операции) от обеспечиваемых ими войск. Полковые медицинские пункты, например, нередко находились от линии фронта в 20—25 км, а дивизионные медицинские пункты — в 80—90 и даже 200 км, как это было на Забайкальском фронте.

Войсковая медицинская служба оказалась в трудном положении. Выход из него многие дивизионные врачи находили в выделении из медико-санитарных батальонов групп медицинского состава с необходимым имуществом и направлении их вслед за своими соединениями. Довольно часто таким группам приходилось продвигаться за войсками пешком. Деление медико-санитарных батальонов на две, на три и более частей являлось почти общим правилом. Многие старшие врачи полков прибегали даже к делению полковых медицинских пунктов.

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 47167, д. 6, л. 92.

² Архив ВММ, ф. 1, оп. 47167, д. 6, л. 81.

В ряде случаев эти медицинские пункты настолько отставали от своих частей, что оказывались позади дивизионных медицинских пунктов и хирургических полевых подвижных госпиталей первой линии, вследствие чего раненые и больные непосредственно из войск поступали в дивизионные медицинские пункты и ХППГ. В 5-й армии 1-го Дальневосточного фронта таких раненых было около 37%¹.

Дивизионные медицинские пункты не всегда являлись центром оказания квалифицированной хирургической помощи раненым в войсковом тыловом районе, уступая эту роль армейским госпиталям и прежде всего ХППГ первой линии. Это явилось следствием того, что указанные госпитали нередко оказывались впереди дивизионных медицинских пунктов; иногда они, также как и медико-санитарные батальоны, перемещались за войсками частями (соединениями). В некоторых армиях для передвижения частей и учреждений медицинской службы использовались санитарные машины, что было возможно благодаря незначительным санитарным потерям.

В ходе стремительного наступления в полосе Забайкальского фронта развернулись лишь некоторые армейские госпитали и группы фронтовых госпиталей в Хайларе и Ванемяо; к исходу операции на транспортных самолетах в Мукден и Дайрен были доставлены два полевых госпиталя. На 2-м Дальневосточном фронте в связи с использованием р. Сунгари как основной коммуникации в Ленинске были выдвинуты и развернуты фронтовые госпитали. В ходе наступления армейские госпитали находились в Сун-у, Цзямусы и Фудзинь, а к концу операции — в Саньсин и Боли. На 1-м Дальневосточном фронте в ходе операции осуществлялось доразвертывание фронтовых госпиталей; в состав госпитальной базы фронта была принята госпитальная база 5-й армии. В полосе наступления развертывались госпитали в районе Пограничная, Хобей, Муданьцзян. Следовательно, маневр лечебными учреждениями был ограничен и наиболее полно осуществлен на 1-м Дальневосточном фронте.

Специализированная медицинская помощь в первые дни боевых действий во многих армиях оказывалась в эвакогоспиталях, развернутых в составе первых эшелонов госпитальных баз армий. В последующем на ряде направлений создавались односторонние или даже многосторонние специализированные ХППГ. В ряде случаев специализированная медицинская помощь вообще не оказывалась. Это обуславливалось высокими темпами наступления и большими трудностями в организации перемещения лечебных учреждений. Почти все свое внимание медицинская служба сосредоточивала на эвакуации раненых и больных в тыл с тем, чтобы обеспечить непрерывный маневр госпиталей за стремительно наступающими войсками. Такой порядок лечебно-эвакуационного обеспечения войск оказался возможным применить также вследствие относительно небольших санитарных потерь в ходе операции.

При организации эвакуации раненых и больных медицинская служба сталкивалась с исключительно большими трудностями. Расстояние грунтовых путей эвакуации достигала 300—400 км. Распутица и

¹ Архив ВММ, ф. 1, оп. 44668, д. 76, л. 219.

бездорожье резко ограничивали движение транспорта. Машины часто выходили из строя. В этих условиях важную, а на некоторых направлениях и решающую роль в эвакуации раненых и больных играла авиация. В связи с этим необходимо особо отметить большое значение для медицинской службы приказа Главнокомандующего войсками Дальнего Востока от 8 августа 1945 г. об использовании обратных рейсов транспортных самолетов для медицинской эвакуации. Для ее обеспечения были сформированы из медицинского состава группы сопровождения эвакуируемых и развернуты эвакоприемники на аэродромах.

Большое значение в деятельности медицинской службы имело санитарно-гигиеническое и противоэпидемическое обеспечение войск. Как говорилось выше, территория военных действий характеризовалась весьма сложной и неблагоприятной санитарно-эпидемической обстановкой. Это потребовало заблаговременного проведения противоэпидемических мероприятий. В их числе важное место заняла вакцинация личного состава войск против ряда инфекций, в частности против чумы.

Во время боевых действий большую роль играла тщательная организация санитарно-эпидемиологической разведки. За первыми эшелонами войск двигались подвижные отделения санитарно-эпидемиологических отрядов с приданными им частью сил и средств обмывочно-дезинфекционных рот, которые обеспечивали в случае необходимости санитарную обработку личного состава. На Забайкальском фронте в армейских санитарно-эпидемиологических отрядах были созданы специальные противочумные отделения. Они также двигались за войсками и вели разведку в готовности к проведению в случае необходимости противочумных мероприятий. Для решения указанной задачи привлекались также подвижные отделения по особо опасным инфекциям фронтовых санитарно-эпидемических лабораторий. Большое внимание уделялось обследованию и санитарной охране водоемисточников.

Важное место в системе противоэпидемического обеспечения войск занимала локализация очагов заразных заболеваний (вплоть до установления карантина), выявленных санитарно-эпидемиологической разведкой. Уже после завершения операции медицинская служба Забайкальского фронта провела ряд срочных мер по ликвидации эпидемических вспышек чумы, возникших среди местного гражданского населения в районах Ванемяз и Бодунэ. В результате всей этой разносторонней и большой по объему противоэпидемической работы медицинская служба, несмотря на неблагоприятную санитарно-эпидемическую обстановку на театре военных действий, смогла обеспечить должное санитарное благополучие Красной Армии.

Значительные положительные результаты были достигнуты медицинской службой и в лечебной деятельности, хотя частые перемещения этапов медицинской эвакуации создавали серьезные трудности для ее осуществления. Но тем не менее за время войны из числа лечившихся раненых было возвращено в строй: из медико-санитарных батальонов — 50%, из армейских госпиталей — 15%, из фронтовых — 14%.

Все эти успехи стали возможными благодаря самоотверженному труду медицинских работников, огромному опыту, полученному многими из них в ходе Великой Отечественной войны.

За мужество и героизм многие медицинские работники были отмечены правительственными наградами, а санитарный инструктор Мария Никитична Цуканова удостоена высокого звания Героя Советского Союза.

Мария Цуканова с первых же дней Великой Отечественной войны находилась в армии. Она пришла сюда по собственной воле и стала служить в медицинском пункте одного из батальонов морской пехоты Дальневосточного фронта. Когда началась война с Японией, батальон, где служила М. Н. Цуканова, успешно высадился на вражеской территории и вел упорные бои с превосходящими силами противника за портовый город. Наши войска несли значительные потери. Под свист пуль, грохот снарядов и мин Мария Цуканова неутомимо делала свое дело, не менее опасное, чем непосредственное участие в сражении. Из-за сильного огня противника вывозить раненых на батальонный медицинский пункт можно было только в ночное время. Но в первую же ночь случилось так, что подразделение оказалось в окружении. Находившимся в укрытии раненым грозила опасность быть захваченными и уничтоженными врагом. Проявив решительность и находчивость, Цуканова быстро отобрала бойцов, способных держать оружие и вести огонь, и организовала круговую оборону, которой руководила до прорыва нашими подошедшими войсками кольца окружения, успешно отразив несколько атак противника. На другой день отважная девушка была ранена, но отказалась эвакуироваться в тыл. Вскоре она снова была в строю. В одном из боев, вынося тя-



Герой Советского Союза М. Н. Цуканова. 1945 г.

желораненого, любимица бойцов была схвачена незаметно подкрадываясь к ней японцами и убита.

Разгром японской Квантунской армии в августе 1945 г. является примером тщательной подготовки и проведения крупной стратегической операции в весьма сложных условиях театра военных действий. Ряд мероприятий, проведенных медицинской службой в подготовительный период, создали предпосылки для наилучшего обеспечения войск в лечебно-эвакуационном и санитарно-эпидемическом отношении в ходе боевых действий. Высокие темпы наступления, несмотря на незначительные санитарные потери, потребовали четкой организации маневра средствами медицинской службы. Однако осуществление этого маневра было сопряжено с очень большими трудностями.

В целом опыт, полученный медицинской службой в заключительной операции второй мировой войны, весьма поучителен. Он свидетельствует о трудностях, с которыми приходится сталкиваться при крупном оперативно-стратегическом сосредоточении войск и средств медицинской службы, о существенном влиянии на деятельность медицинской службы специфических условий театра военных действий и необходимости тщательного изучения и учета всех медико-географических факторов. Этот опыт дает представление об особенностях медицинского обеспечения стратегической группировки войск, в частности о своеобразной организации управления медицинской службы в наступательной операции, проводимой группой фронтов.

* * *

Великая Отечественная война явилась серьезным испытанием для всего советского народа. Это была самая тяжелая и кровопролитная война из всех войн, которые когда-либо переживала наша Родина. Она потребовала предельного напряжения имевшихся в стране сил и материальных ресурсов и наивысшей организованности советского народа, единодушно вставшего по призыву Коммунистической партии на защиту Родины, на защиту завоеваний Великой Октябрьской социалистической революции. Трудным был долгий путь советского народа и его Вооруженных Сил к победе над сильным и жестоким врагом, который поработил до этого почти все страны Западной Европы. Пришлось познать и горечь поражений, и весь ужас фашистской оккупации, и радость победоносного наступления на Запад, и гордость освободителей угнетенных и поработанных фашизмом народов.

В Великой Отечественной войне советский народ, руководимый нашей славной Коммунистической партией, отстоял свободу и независимость Советского Союза, защитил завоевания Великой Октябрьской социалистической революции. «Победа советского народа в этой войне, — говорится в Программе КПСС, — подтвердила, что в мире нет сил, которые могли бы остановить поступательное развитие социалистического общества».

В общее дело разгрома врага внесли немалый вклад и советские медики. Все наиболее ценные медицинские кадры, которыми располагала страна, были мобилизованы в ряды Красной Армии и Военно-Морского Флота или работали в системе эвакогоспиталей Народного

комиссариата здравоохранения СССР. Личный состав военно-медицинской службы Вооруженных Сил СССР вместе со всеми медицинскими работниками страны вел упорную борьбу за спасение жизни и восстановление здоровья раненых и больных защитников Родины. И этот напряженный и доблестный труд был вознагражден и принес ощутимую пользу. Процент уволенных из рядов Вооруженных Сил из-за невозможности продолжать службу по состоянию здоровья оказался значительно ниже, чем в прошлых войнах; наиболее высокий в период



Вручение правительственной награды М. И. Калининым начальнику Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова академику Л. А. Орбели.

Великой Отечественной войны показатель увольняемости из рядов армии и Военно-Морского Флота достигал в четвертом году войны всего лишь 19,8% и, наоборот, гораздо выше, чем во всех предшествующих войнах, стал процент возвращенных в строй раненых и больных. За всю войну было возвращено в строй 72,3% раненых и 90% больных. Эти итоги, которыми может законно гордиться советская военная медицина, были достигнуты ценой огромных усилий медицинского состава. Немало медицинских работников, наших прекрасных советских людей, отдали свою жизнь, выполняя воинский долг до конца. Честь им и слава!

Коммунистическая партия и Советское правительство высоко оценили доблестный труд советских медиков во время Великой Отечественной войны. За героизм и выдающиеся подвиги, проявленные при спасении жизни раненых воинов Красной Армии, 42 медицинским работникам присвоено звание Героя Советского Союза. Виднейшие

деятели советской медицины главный хирург Красной Армии генерал-полковник медицинской службы Н. Н. Бурденко, главный хирург Военно-Морских Сил генерал-лейтенант медицинской службы Ю. Ю. Джанелидзе, начальник Военно-медицинской академии генерал-полковник медицинской службы Л. А. Орбели за выдающиеся заслуги в области

медицинского обеспечения Вооруженных Сил были удостоены высокого звания Героя Социалистического Труда.

За время Великой Отечественной войны десятки тысяч медицинских работников награждены орденами и медалями Советского Союза, в том числе орденом Ленина — 285 чел., орденом Красного Знамени — более 3500 чел., орденом Отечественной войны I и II степени — около 15 000 чел., орденом Славы — около 10 000 чел., (в их числе — кавалер всех трех степеней ордена Славы санинструктор М. С. Нечипорчукова-Ноздрачева), орденом Красной Звезды — более 86 500. Свидетельством признания большого значения организаторской роли руко-



Кавалер трех степеней ордена Славы санинструктор М. С. Нечипорчукова-Ноздрачева.

водителей медицинской службы Красной Армии и видного места советской военной медицины в числе факторов, обеспечивших победу Вооруженных Сил СССР в Великой Отечественной войне, является награждение ряда деятелей военной медицины полководческими орденами Советского Союза.

Опыт медицинского обеспечения Красной Армии в период Великой Отечественной войны показал, что предпринятые и осуществленные перед войной мероприятия по улучшению подготовки медицинского состава (кадрового и запаса) сыграли свою положительную роль в деле улучшения качества работы медицинской службы. Подавляющее большинство медицинского состава войсковых частей и соединений, врачей и среднего медицинского персонала полевых лечебных учреждений более или менее отчетливо представляли содержание и

объем мероприятий по оказанию медицинской помощи раненым. Несколько хуже обстояло дело с практическими навыками работы медицинского состава в полевых условиях, что явилось результатом недостаточно целеустремленно проводившейся до войны его тренировки в этих условиях. Но и эти проблемы подготовки медицинского состава довольно быстро устранялись в ходе практической работы на фронте.

Вместе с тем опыт медицинского обеспечения боевых действий Красной Армии в первые же месяцы войны выявил существенный недостаток системы подготовки военно-медицинских кадров, которая до войны была рассчитана, главным образом, на формирование рядового врачебного состава. Систематическая подготовка кадров военно-медицинской службы отсутствовала. Лишь непосредственно перед началом войны была проведена подготовка дивизионных и корпусных врачей на краткосрочных учебных сборах; руководящий же состав специалистов-организаторов в различных отраслях клинической и профилактической медицины вообще не готовился. В итоге существенно страдало управление средствами медицинской службы, а в организации медицинского обеспечения войск допускались серьезные просчеты. Лишь опыт руководства медицинской службы, приобретенный в ходе войны, нередко ценой тяжелых неудач и ошибок, смог восполнить, и то неполностью, пробелы предвоенной подготовки руководящих военно-медицинских кадров.

Поэтому исключительно важное, поистине историческое, значение для последующего развития советской военной медицины имело решение Государственного комитета Обороны от 28 ноября 1942 г. № 2539 о реорганизации системы подготовки военно-медицинских кадров, которое предусматривало систематическое формирование руководящего состава военно-медицинской службы на организуемых в Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова факультетах усовершенствования военных врачей. Хотя эти факультеты начали свою работу еще во время Великой Отечественной войны и направили некоторое количество своих выпускников на практическую руководящую работу в действующую армию, но их создание преследовало не столько решение текущих задач медицинского обеспечения войск, сколько было рассчитано на будущее.

В ходе войны медицинское обслуживание раненых и больных воинов осуществлялось не только медицинской службой Вооруженных Сил СССР. В нем принимали непосредственное участие органы здравоохранения при самой активной помощи всего советского народа. Эта всенародная помощь, организуемая партийными и профсоюзными организациями, которой руководили специально созданные в центре и на местах комитеты помощи раненым и больным воинам, сыграла большую роль в улучшении качества медицинского ухода за ранеными и больными и их бытового обслуживания в лечебных учреждениях действующей армии и тыла страны. А это в конечном итоге несомненно способствовало увеличению числа благоприятных исходов ранений и заболеваний.

Внезапное начало Великой Отечественной войны застало медицинскую службу в процессе организационной перестройки, предпринятой после советско-финляндской войны 1939—1940 гг. Непродолжи-

тельный срок, протекший после ее окончания, не позволил завершить многие из намеченных мероприятий штатно-организационного порядка. Не была закончена до начала войны и работа по составлению руководящих положений, регламентирующих медицинское обеспечение войск в обстановке военного времени.

Однако в ходе Великой Отечественной войны пришлось не только завершать эту перестройку, но и существенно усовершенствовать организационные формы медицинского обеспечения войск на основе огромного и разностороннего опыта, приобретенного медицинской службой на многочисленных фронтах. Никогда еще в прошлом творческая мысль ученых и огромного коллектива практических работников медицинской службы не была с такой силой и энергией сосредоточена на поисках наиболее совершенных форм и методов медицинского обеспечения войск. Исключительно важную роль в научном анализе и обобщении опыта работы медицинской службы в самых различных условиях обстановки сыграли Ученый медицинский совет при начальнике ГВСУ и Институт главных специалистов фронтов и армий.

Во время Великой Отечественной войны отчетливо выявилась зависимость способов медицинского обеспечения войск от уровня развития военного искусства, методов ведения боя, операции и войны в целом. Это главное положение, очевидность которого в настоящее время не вызывает сомнений, было глубоко осознано всей массой медицинского состава Красной Армии в ходе войны и приобретения опыта работы в боевых условиях. Вместе с тем, этот опыт с несомненностью показал, что организация медицинского обеспечения должна строиться на основе самых новейших достижений медицинской науки и практики.

Опыт войны показал, что организационно-штатная структура медицинской службы и принципы медицинского обеспечения войск, заложенные в системе этапного лечения с эвакуацией по назначению, так же как и в системе противоэпидемического обеспечения войск, в целом оказались наиболее прогрессивными и эффективными. Они проявили свою жизненность в различных условиях ведения операций Великой Отечественной войны. В ходе войны потребовалось внести лишь определенные коррективы в организационно-штатную структуру медицинской службы с тем, чтобы она в большей мере обеспечивала возможность реализации указанных принципов с учетом сложившихся во время войны конкретных материально-технических возможностей.

Ретроспективная оценка сущности происшедших за время войны изменений организационно-штатной структуры медицинской службы позволяет утверждать, что все эти изменения были обусловлены двумя основными причинами. Во-первых, ряд изменений связан с необходимостью создать надлежащую материально-техническую базу для практического осуществления принципов этапного лечения с эвакуацией по назначению или противоэпидемического обеспечения войск. Для этого потребовались новые, отсутствовавшие до войны, полевые медицинские учреждения. За время Великой Отечественной войны были созданы хирургические и терапевтические полевые подвижные госпитали, госпитали для легкораненых, сортировочно-эвакуационные госпитали, санитарно-контрольные пункты, военно-санитарные проти-

возэпидемические отряды и некоторые другие медицинские учреждения. В этих же интересах потребовалось усовершенствовать штатно-организационную структуру имевшихся к началу войны учреждений, в частности, медико-санитарного батальона, отдельной роты медицинского усиления и многих других формирований медицинской службы. Во-вторых, многие из изменений штатов медицинских учреждений, произведенных во время минувшей войны, обуславливались невозможностью обеспечить медицинскую службу необходимыми ей кад-



Отправка крови в действующую армию. 1943 г.

рами или достаточным количеством материальных средств. Именно вследствие этой причины были упразднены автохирургические отряды, т. е. формирования, проявившие себя с самой положительной стороны во время советско-финляндской войны 1939—1940 гг. Был существенно сокращен в ущерб маневренности медицинской службы штатный автотранспорт медицинских учреждений. Была изъята обмывочно-дезинфекционная техника из состава медицинской службы войсковых соединений и реализован ряд других аналогичных мероприятий.

Следовательно, опыт войны учит, что при разработке организационно-штатной структуры медицинской службы необходимо тщательно оценивать экономические возможности страны и реальные перспективы укомплектования медицинских формирований личным составом и необходимым оснащением. В противном случае самая «идеальная» с точки зрения теоретических обоснований структура медицинской службы и ее формирований окажется нежизненной и не сможет быть реализована в условиях большой войны.

Практика медицинского обеспечения Красной Армии в период Великой Отечественной войны полностью подтвердила один из основных принципов строительства медицинской службы Советских Вооруженных Сил в предвоенные годы, согласно которому основу системы медицинского обеспечения Вооруженных Сил на театре военных действий составляют силы и средства медицинской службы сухопутных войск. Наряду с этим отчетливо определилась необходимость иметь бóльшие или меньшие средства медицинской службы в составе каждого из других видов Вооруженных Сил, взаимодействующих с сухопутными войсками. Конкретный состав этих средств и их организационно-штатная структура зависели от организации каждого вида вооруженных сил и принципов их боевого применения. Наиболее значительные силы и средства потребовалось иметь в составе медицинской службы Военно-Морского Флота, что было связано с особенностью его базирования и необходимостью обеспечивать флот как в период боевых действий на море, так и на берегу.

Несомненный вывод, вытекающий из реальной оценки принятой во время Великой Отечественной войны системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск, состоит в том, что принципы этапного лечения раненых и больных с эвакуацией их по назначению себя оправдали. Они соответствовали как уровню развития, которого достигла в то время медицинская наука, так и средствам, имевшимся в распоряжении медицинской службы. Но именно это обстоятельство и не позволило устранить некоторые весьма существенные отрицательные стороны указанной системы. Во-первых, в период Великой Отечественной войны оказалось невозможным обеспечить одномоментное оказание исчерпывающей хирургической помощи подавляющему большинству раненых, поскольку медицинская служба не имела в то время в своем распоряжении эффективных средств, задерживающих развитие раневой инфекции. Это приводило к необходимости сосредоточивать центр хирургической работы на войсковых этапах медицинской эвакуации — дивизионных медицинских пунктах и хирургических полевых подвижных госпиталях 1-й линии, что неизбежно влекло за собой повторное выполнение хирургических вмешательств в лечебных учреждениях госпитальных баз.

Вторым неоднократно отмечавшимся еще во время Великой Отечественной войны основным недостатком системы этапного лечения с эвакуацией по назначению являлась многоэтапность лечебно-эвакуационного процесса. Во время минувшей войны она зависела, прежде всего, от последовательной эвакуации подавляющего большинства раненых и больных, подлежащих лечению во фронтовом тыловом районе и за его пределами (как известно, 35—40% общего числа раненых завершало лечение в тылу страны) через систему глубоко эшелонированных госпитальных баз, предназначенных для их лечения. Обычно все раненые и больные, подлежащие лечению во фронтовом тыловом районе, проходили в процессе их эвакуации через 2 или 3 эшелона госпитальных баз; те же из них, которые подлежали эвакуации за пределы фронта, проходили через 4—5 эшелонов госпитальных баз.

Наличие столь большого числа промежуточных этапов медицинской эвакуации нарушало плановость лечебного процесса и сказывалось отрицательно на исходах ранений и заболеваний. Такой порядок эвакуации явился, главным образом, следствием ограниченных возможностей транспорта, применявшегося для эвакуации раненых и больных, в результате чего возникала необходимость их неоднократной повторной перегрузки с одного вида транспорта на другой. Лишь успехи медицинской науки, достигнутые в послевоенное время, в ча-



Возвращение в строй раненых и больных после выздоровления. Команда следует из госпиталя в запасной полк. Калининский фронт, 1942 г.

стности, открытие ряда антибиотиков, а также техническое совершенствование и развитие эвакуационно-транспортных средств (прежде всего, авиационного, в частности, вертолетного транспорта) создали условия для преодоления указанных выше недостатков лечебно-эвакуационной системы.

В ходе Великой Отечественной войны, особенно в процессе обеспечения наступательных операций, отчетливо проявилось значение маневренности и подвижности средств медицинской службы. Настоятельно определилась необходимость в значительном увеличении в ее составе числа полевых подвижных госпиталей и повышении транспортных возможностей службы с тем, чтобы иметь такое количество автомобильного транспорта, которое позволяло бы перемещать за войсками лечебные учреждения одним рейсом. Ряд положительных сдвигов в этом направлении произошел еще во время войны. Если на 1 января 1942 г. удельный вес полевых подвижных госпиталей в составе

лечебных учреждений армии и фронта достигал всего 9,1 %, то к концу войны он возрос до 27 % всей коечной сети страны. В ходе войны полевые подвижные госпитали стали включать не только в состав армейских, но и фронтовых средств медицинской службы (полевые эвакуационные пункты фронтового подчинения). Значительно возросла оснащенность медицинской службы санитарно-транспортными средствами, хотя их недостаток продолжал ощущаться до самого конца войны.

Особенно недоставало медицинской службе авиационного транспорта, что создавало дополнительные трудности при организации эвакуации тяжелораненых. Отсутствие достаточного числа легкомоторных санитарных самолетов исключало возможность эвакуации всех тяжелораненых, не способных перенести транспортировку автомобильным транспортом, с войсковых этапов медицинской эвакуации. В результате этого перед медицинской службой возникала сложная задача госпитализации нетранспортабельных на дивизионных пунктах и в хирургических полевых подвижных госпиталях первой линии при необходимости их перемещения за наступающими войсками. По сути дела, она так и не получила своего надлежащего решения во время минувшей войны. Чаще всего нетранспортабельные раненые и больные оставались в местах прежней дислокации этапов медицинской эвакуации с группой медицинского состава, выделенного для их обслуживания, что существенно осложняло работу медицинской службы.

Опыт Великой Отечественной войны отчетливо показал важное значение хорошо организованного, целенаправленного маневра силами и средствами медицинской службы. Наиболее эффективной формой такого маневра оказался «маневр из глубины», организуемый медицинским начальником в интересах наиболее полной реализации задач медицинского обеспечения войск, решаемых нижестоящими звеньями медицинской службы. В качестве примера такого маневра можно указать на выдвижение ХППГ первой линии в войсковой тыловой район, развертывание фронтом в армейском тыловом районе так называемых «межармейских» госпитальных баз. «Маневр из глубины», значение которого еще более возрастает в условиях современной войны, обеспечивал возможность непрерывного проведения лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в условиях стремительного развития боевых действий. Он позволял также наращивать до необходимых пределов силы и средства медицинской службы на тех направлениях и рубежах, где это требовалось по обстановке.

Своевременность маневра силами и средствами медицинской службы обеспечивается наличием резерва. Его значение отчетливо определилось во время Великой Отечественной войны, в связи с чем удельный вес резервных сил и средств медицинской службы становился все более и более значительным. Так, например, на завершающем этапе войны не менее 30—40 % коек, имевшихся во фронте к началу наступательной операции, составляли резерв медицинской службы, вводимый в действие для обеспечения войск фронта в ходе операции. Опыт минувшей войны отчетливо показал, что главным условием своевременности и быстроты маневра силами и средствами

медицинской службы в ходе стремительных наступательных операций было наличие достаточно мощного и подвижного резерва медицинских учреждений, транспорта и других средств, необходимых для реализации задач медицинского обеспечения войск. При этом весьма остро ощущалась необходимость иметь резерв центра, отсутствие которого в период Великой Отечественной войны создавало трудности в организации медицинского обеспечения крупных, пространственных наступательных операций, проводимых силами нескольких фронтов.

Опыт Великой Отечественной войны показал целесообразность иметь в составе сил и средств медицинской службы действующей армии высокоподвижные формирования, которые бы обеспечивали возможность быстрого осуществления маневра в ходе боевых действий. К началу войны медицинская служба Красной Армии имела для этой цели различные группы усиления и автохирургические отряды. Однако в первые же месяцы Великой Отечественной войны автохирургические отряды были упразднены, поскольку в стране не хватало высококвалифицированных хирургов для укомплектования штатов полевых лечебных учреждений. Имевшееся же в составе армейского и фронтового звеньев медицинской службы количество групп усиления было явно недостаточно, чтобы удовлетворить потребность в такого рода подвижных формированиях при организации маневра в ходе наступательных операций Красной Армии.

Поэтому в период войны почти на всех фронтах стали широко практиковать создание нештатных хирургических групп усиления за счет личного состава, транспорта и медицинского имущества резервных медицинских учреждений. В ряде армий были созданы автохирургические отряды, которые предназначались для усиления развернутых дивизионных медицинских пунктов или полевых подвижных госпиталей. Иногда в целях повышения маневренности лечебных учреждений из штата полевого подвижного госпиталя выделяли «облегченный» ППГ, а из состава эвакуационного госпиталя — его подвижное отделение. Оба эти нештатные формирования обеспечивались палатками, транспортом для перемещения одним рейсом и имели все необходимое для приема раненых и больных, оказания им квалифицированной медицинской помощи и госпитализации нетранспортабельных. В условиях современных операций значение мобильных формирований, призванных обеспечивать своевременное осуществление гибкого маневра силами и средствами медицинской службы, становится еще более решающим, чем в минувшей войне. Целесообразность увеличения их удельного веса в составе медицинской службы действующей армии очевидна.

Широта и бесперебойность маневра силами и средствами медицинской службы во многом зависит от реализации принципа взаимозаменяемости подвижных медицинских формирований и их унификации. Опыт Великой Отечественной войны свидетельствует о том, что недооценка значения этого принципа в довоенные годы обусловила значительные трудности в организации маневра лечебными учреждениями в ходе войны. Особенно сложно было организовать взаимосвязанный маневр полевых подвижных и эвакуационных госпиталей. Конечно, полностью унифицировать полевые медицинские формирова-

ния не представляется возможным — этому препятствует разнообразие задач, решаемых медицинской службой в процессе медицинского обеспечения войск. Но значительная часть средств медицинской службы действующей армии может и должна быть унифицирована. При этом унифицированные медицинские формирования особенно широко могут быть представлены там, где медицинская служба решает задачи, связанные с оказанием первой врачебной или квалифицированной медицинской помощи. Они могут явиться также основой для создания специализированных медицинских учреждений, организуемых на базе унифицированного медицинского формирования за счет дополнительных средств усиления, например, специализированных групп отдельных отрядов специализированной медицинской помощи.

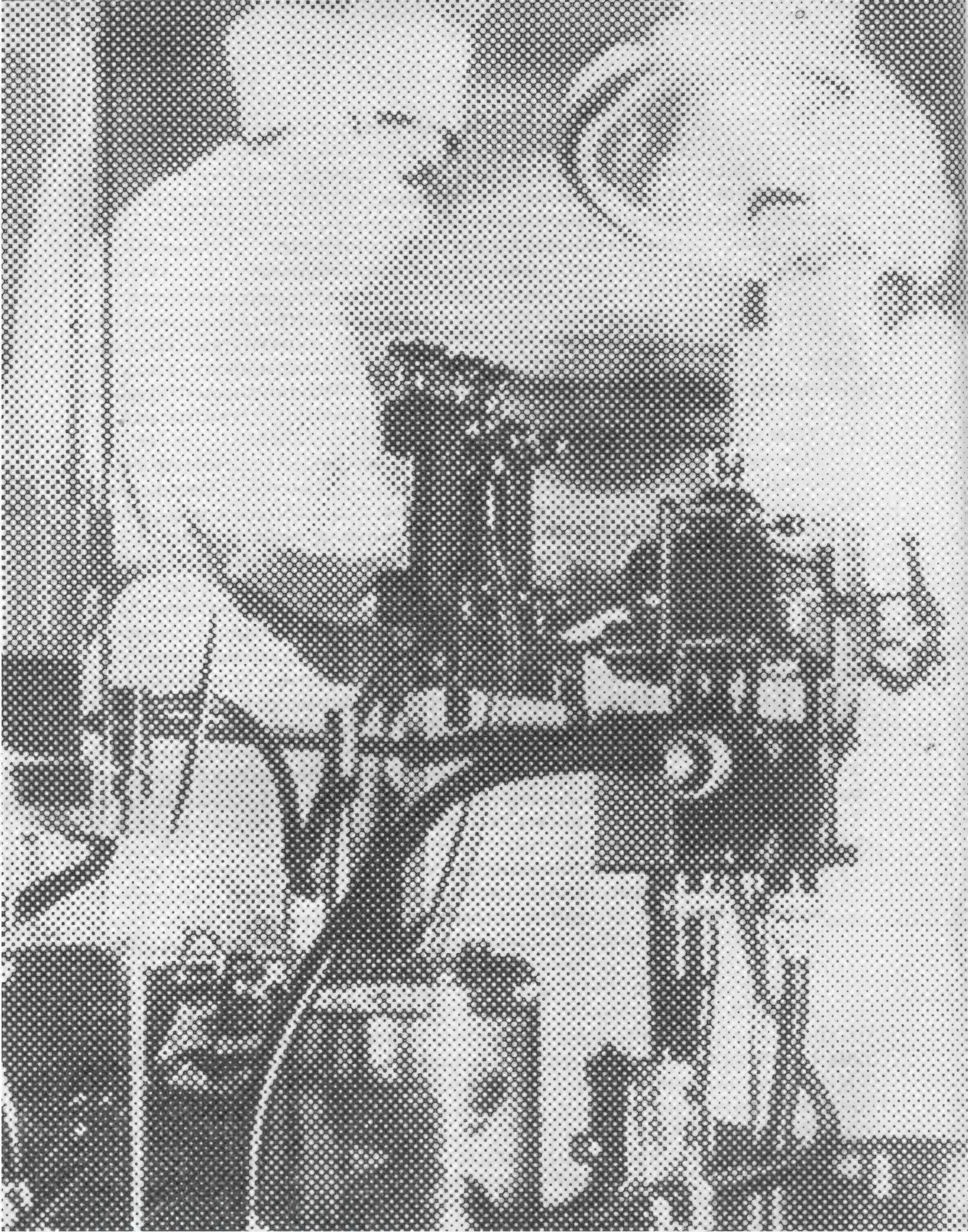
Во время Великой Отечественной войны была выработана стройная и эффективная система санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения войск, которая явилась логическим развитием огромного опыта борьбы с эпидемическими болезнями, приобретенного медицинской службой Красной Армии еще в годы гражданской войны и иностранной военной интервенции. Особенно много было сделано в области организации и проведения медицинского контроля за жизнью и деятельностью личного состава войск в боевой обстановке, а также в области создания действенной системы противоэпидемических мероприятий, обеспечивающих раннее выявление инфекционных больных, их своевременную изоляцию и высококачественное лечение в пределах действующей армии. Полностью оправдали себя разработанные в предвоенные годы и существенно усовершенствованные в период Великой Отечественной войны организация и методы санитарно-эпидемиологической разведки. Непосредственным результатом, подтвердившим правильность и жизненность системы противоэпидемического обеспечения войск, явилось эпидемическое благополучие Красной Армии, несмотря на весьма сложную, а нередко и крайне неблагоприятную санитарно-эпидемиологическую обстановку во многих районах ее боевых действий.

В годы Великой Отечественной войны прошли серьезную проверку принципы и система медицинского снабжения Красной Армии. Эта проверка показала, что основным условием, обеспечивающим бесперебойность снабжения войск и медицинских учреждений перевязочным материалом, медикаментами, медицинским инструментарием и имуществом, является создание мощной отечественной медицинской промышленности. Впервые в истории отечественной военной медицины потребности Красной Армии в большинстве видов медицинского имущества обеспечивались за счет продукции, вырабатываемой промышленными предприятиями нашей Родины, и это несмотря на то, что многие из них были вынуждены прекратить свою работу, поскольку находились на территории, временно оккупированной противником. В этом факте с особой яркостью и очевидностью проявилась мудрость и прозорливость политики, проводимой Коммунистической партией и Советским правительством в предвоенные годы в направлении индустриализации страны и создания отечественной материально-технической базы развертывания Вооруженных Сил СССР.

Исключительно большое внимание в период Великой Отечественной войны было уделено созданию широко разветвленной системы учреждений медицинской службы Красной Армии и органов гражданского здравоохранения, обеспечивающих заготовку консервированной крови и кровезамещающих жидкостей и снабжение ими медицинских учреждений действующей армии и тыла страны. В ходе войны в составе Вооруженных Сил СССР сложилась стройная организация — «служба крови», — которая включала отсутствовавшие в довоенное время армейские станции переливания крови и приданные некоторым фронтам передвижные станции переливания крови Наркомздрава. ГВСУ и Наркомздравом были выработаны единые принципы заготовки и переливания крови в лечебных учреждениях действующей армии, которые послужили основой для дальнейшего развития «службы крови» в послевоенном периоде.

При коалиционном характере вооруженной борьбы, с особой отчетливостью проявившейся на завершающем этапе Великой Отечественной войны, исключительно важное значение приобрела организация взаимодействия медицинской службы союзных армий и согласованное использование сил и средств в интересах наилучшей организации медицинского обеспечения совместно проводимых операций. В отличие от 1-й мировой войны 1914—1918 гг., Великая Отечественная война дает много примеров такого взаимодействия. Весьма поучительны в этом отношении совместные операции, проведенные войсками Советской Армии с Чехословацким корпусом, 1-й и 2-й армиями Войска Польского, с болгарскими, румынскими и югославскими войсками. Этот опыт совместных боевых действий союзных войск свидетельствует о том, что в интересах наилучшей организации их медицинского обеспечения следует обязательно устанавливать единые принципы организации медицинского обеспечения войск. Необходимо также унифицировать в той мере, в какой это возможно и целесообразно, организационно-штатную структуру медицинской службы действующей армии и полевое медицинское оснащение. Наконец, крайне важно предусмотреть взаимосогласованную систему подготовки военно-медицинских кадров, в процессе которой имеется полная возможность заблаговременно добиться должного взаимопонимания и тем самым создать благоприятные условия для согласованных действий медицинской службы союзных армий.

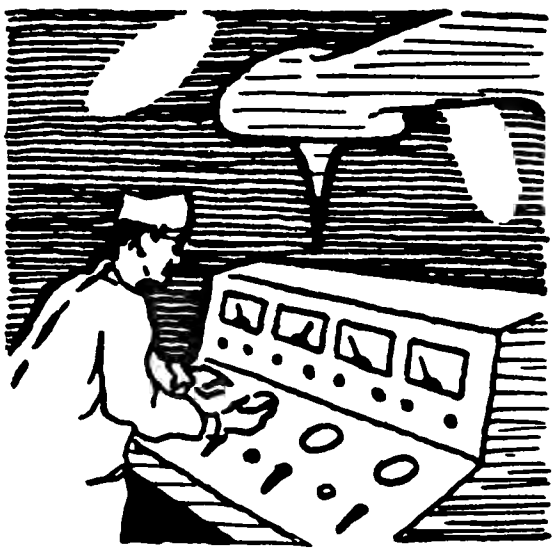
Великая Отечественная война показала огромное значение коллективного опыта, накопленного в ходе боевых действий, для дальнейшего совершенствования системы медицинского обеспечения войск. Несомненным достижением советской военной медицины явилось его систематическое изучение и обобщение, организованное в ходе войны как на отдельных фронтах и в армиях, так и в масштабе Вооруженных Сил. Важную организующую роль в этом деле сыграли институт главных, фронтовых и армейских специалистов медицинской службы и Ученый совет при начальнике Главного военно-санитарного управления. Этот коллективный опыт и в настоящее время продолжает оставаться ценнейшей сокровищницей знаний, помогающих (при правильном их использовании) решать на должной основе современные задачи медицинского обеспечения Вооруженных Сил СССР.



1946-1966

Глава VIII

СОВЕТСКАЯ ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА В ГОДЫ ЗАВЕРШЕНИЯ ПОСТРОЕНИЯ СОЦИАЛИЗМА И РАЗВЕРНУТОГО СТРОИТЕЛЬСТВА КОММУНИСТИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (1946 — 1966 гг.)



Одной из характерных сторон развития советской военной медицины в послевоенный период, так же как и на всех предшествующих этапах ее истории, является неразрывная связь

с системой гражданского здравоохранения нашей страны. Поэтому анализу медицинского обеспечения Вооруженных Сил в период их строительства после победоносного завершения Великой Отечественной войны следует предпослать изложение основных данных, характеризующих важнейшие мероприятия Коммунистической партии и Советского правительства в области ликвидации санитарных последствий войны, укрепления здоровья советских людей и совершенствования системы медицинского обслуживания населения на этапе развернутого строительства коммунистического общества.

Огромные масштабы и разрушительный характер второй мировой войны не могли не отразиться на развитии советского здравоохранения в первые годы послевоенного периода. Людские потери Советского Союза за время минувшей войны достигли 20 млн. чел. Гитлеровцы разрушили 1710 городов, поселков городского типа и более 70 000 деревень¹. Огромное количество промышленных предприятий было выведено из строя. Лишились крова 25 млн. советских граждан.

Естественно, что в первые годы после войны усилия советского народа были направлены прежде всего на залечивание нанесенных ран, восстановление народного хозяйства. При этом в работе Коммунистической партии, советских органов, учреждений гражданского и военного здравоохранения видное место заняли меры по ликвидации санитарных последствий войны, поскольку связанные с войной материальные лишения, бытовые трудности и напряженный трудовой режим населения привели к ухудшению его санитарного состояния и нанесли ощутимый ущерб здоровью народа.

Война причинила огромный ущерб материальной базе здравоохранения. По неполным данным, потери, понесенные системой советского здравоохранения, исчисляются огромной суммой — 66 млрд. руб. Были разрушены многие тысячи медицинских учреждений. Только больниц и других лечебно-профилактических учреждений было уничтожено² до 40 000. Велики были потери в медицинском персонале. Массовое разрушение жилищ, коммунальных сооружений и предприятий, а также лечебно-профилактических учреждений и санитарно-технических установок не могло не способствовать росту эпидемических и других заболеваний среди местного населения и в армии.

¹ Великая Отечественная война Советского Союза 1941—1945 гг. Краткая история. М., 1965, стр. 552.

² Сорок лет советского здравоохранения. М., 1957, стр. 78.

На временно оккупированной территории немецко-фашистские захватчики не только игнорировали противоэпидемические мероприятия среди населения, но и способствовали распространению болезней. В результате этого имела место огромная пораженность оккупированных районов сыпным тифом. После освобождения захваченной врагом территории органами здравоохранения были выявлены десятки тысяч сыпнотифозных больных. Так, в различных районах Полоцкой области за годы оккупации переболело сыпным тифом до 72—97,7% всего населения¹. С санитарным и эпидемическим неблагополучием встретились наши войска и после перехода государственной границы. В ряде стран, в том числе и в Германии, резко возросла заболеваемость брюшным тифом, дизентерией, дифтерией, скарлатиной, получили широкое распространение венерические болезни. Ряд территорий был неблагополучен по малярии. Большая опасность распространения заразных болезней, в том числе и среди войск, возникала при освобождении населения и военнопленных из лагерей. Так, Т. Е. Болдырев отмечает, что при боях в районе Данцига и Гдыни было обнаружено огромное количество гражданских лиц, рассеявшихся из лагеря Штутхоф по ближайшим населенным пунктам, где они распространяли заболевания брюшным и сыпным тифом².

О крайне тяжелом санитарно-эпидемическом и бытовом состоянии лиц, находившихся в лагерях, свидетельствуют и высказывания немецких врачей. Так, по материалам доклада врачей войск СС на 2-м рабочем совещании «Восток» (с 30 ноября по 3 декабря 1942 г.), число зарегистрированных советских военнопленных с открытыми формами туберкулеза составило 75 000 чел.³ Рост заболеваемости туберкулезом имел место и среди населения Германии.

При всех этих сложившихся тяжелых условиях личный состав Вооруженных Сил СССР легко мог стать жертвой эпидемий. Однако в действительности во время войны и в первые послевоенные годы наблюдалось лишь некоторое повышение инфекционной заболеваемости личного состава войск, не оказавшее влияния на боеспособность Советской Армии и Военно-Морского Флота. Советская военная медицина при поддержке и помощи командования и партийных органов смогла предотвратить угрозу эпидемий. Это стало возможно благодаря преимуществам нашего строя, вниманию Коммунистической партии и Советского правительства, которое уделялось организации широких общегосударственных и специальных профилактических мероприятий в стране и армии как во время войны, так и после ее окончания.

К ликвидации тяжелых последствий военных действий наша страна приступила еще в ходе войны. 22 августа 1943 г. было издано постановление Центрального Комитета партии и Совета Народных Комиссаров СССР о неотложных мерах по восстановлению хозяйства в

¹ Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг., т. 32, М., 1955, стр. 31.

² Там же, стр. 75.

³ Доклад о 2-м рабочем совещании «Восток» медицинских экспертных специалистов с 30/XI по 3/XII 1942 г. Пер. с нем.

районах, освобожденных от немецко-фашистских захватчиков, в числе которых предусматривалось восстановление системы медицинского обслуживания населения. На освобождаемые территории направлялись высококвалифицированные специалисты, там восстанавливалась сеть лечебно-профилактических учреждений, проводились противоэпидемические мероприятия, возвращались эвакуированные ранее медицинские институты.

На службу скорейшей ликвидации санитарных последствий войны была поставлена медицинская наука. В ходе войны и особенно после ее окончания значительный вклад в изучение ряда проблем из этой области внесла организованная в 1944 г. Академия медицинских наук СССР и ее учреждения. Для этой цели была создана комиссия по изучению медико-санитарных последствий войны. АМН СССР проводила Всесоюзные конференции, посвященные научному обобщению данных о медико-санитарных последствиях войны и мероприятиях по их ликвидации, в организации и проведении которых видную роль сыграл Н. А. Семашко. В ликвидации санитарных последствий войны огромное значение имели такие мероприятия Коммунистической партии и Советского правительства, как нормализация рабочего дня трудящихся и улучшение материального благосостояния народа. Особенно важное место в числе этих мер занимало улучшение продовольственного снабжения населения и жилищных условий.

Большой вклад в дело ликвидации санитарных последствий войны внесла военно-медицинская служба. Еще в ходе войны военные врачи явились первыми организаторами советского здравоохранения на освобождаемой от противника территории. Они активно содействовали органам здравоохранения в восстановлении разрушенной противником системы медицинского обслуживания населения, помогали развертывать медицинские учреждения. Особое внимание уделялось при этом противоэпидемическим мероприятиям, проводимым среди местного населения освобожденных районов и среди советских людей, освобожденных из фашистского плена, что явилось одной из важных составных частей общей системы противоэпидемической защиты войск.

Силами военно-медицинской службы проводилась санитарно-эпидемиологическая разведка освобождаемых районов. На основе полученных при этом данных развертывалась система противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий на освобожденной территории, где во время фашистской оккупации, как правило, широкое распространение получили эпидемические заболевания, царили разруха и антисанитария. Выявление и госпитализация инфекционных больных, изоляционно-карантинные мероприятия в эпидемических очагах, очистка населенных мест и другие оздоровительные меры, проводились силами военно-медицинской службы с привлечением местного населения. На коммуникациях, ведущих в тыл страны, был установлен строгий противоэпидемический контроль, что обеспечило предотвращение заноса эпидемических болезней. По мере создания и укрепления местных советских органов на освобожденной территории, в том числе и органов здравоохранения, вся работа по медицинскому обслуживанию населения переходила к ним.

Одним из важных направлений деятельности органов здравоохранения в ликвидации санитарных последствий войны было завершение лечения раненых воинов Красной Армии и восстановление их трудоспособности. По данным Наркомздрава СССР, около 65% всех инвалидов Отечественной войны нуждалось в дальнейшем лечении. При этом организация медицинской помощи и лечения инвалидов Отечественной войны строилась на основе бесплатного их обеспечения всеми видами высококвалифицированной медицинской помощи и санаторно-курортного лечения, предусматривавшими применение комплексного лечения, сочетающего хирургические и терапевтические методы, физиотерапевтические мероприятия, лечебную физкультуру, диетотерапию и трудотерапию, а также трудоустройство инвалидов в лечебных учреждениях, бесплатное обеспечение их протезами, ортопедическими аппаратами и пр. Для этой цели предусматривалось развертывание специальной сети научно-исследовательских институтов, специализированных госпиталей и поликлинических учреждений для инвалидов войны, наряду с привлечением общих научно-исследовательских и клинических учреждений, а также крупных специалистов для лечения инвалидов и научно-исследовательской разработки этой проблемы¹.

Для лечения инвалидов помимо системы лечебно-эвакуационных учреждений военного времени в стране с 1943 г. была создана сеть больниц, а с 1944 г. — госпиталей для инвалидов Отечественной войны. В июле 1945 г. было издано постановление СНК СССР «Об улучшении медицинского обслуживания инвалидов Отечественной войны», а 17/IX 1945 г. по этому же вопросу был издан приказ Наркомздрава СССР. Госпитали для инвалидов Отечественной войны организовывались в каждой области, имели своим назначением восстановительное лечение инвалидов войны. Наряду с этим для той же цели в ряде республиканских и крупных областных центров были развернуты специализированные госпитали, а также научно-исследовательские институты ортопедии и восстановительной хирургии. Для лечения инвалидов войны широко привлекались лечебные учреждения общей сети здравоохранения. Государство обеспечило инвалидов Отечественной войны пенсиями; предусматривалось не только профессиональное обучение, но и трудоустройство инвалидов войны².

Для выявления инвалидов, нуждающихся в лечении, и их учета наряду с организацией врачебных приемов в амбулаторно-поликлинической сети были также созданы специальные врачебно-отборочные комиссии. Проведение всех этих мероприятий, в частности, создание широко развитой сети учреждений здравоохранения, обеспеченных подготовленными медицинскими кадрами, позволило достичь хороших результатов в восстановлении здоровья инвалидов войны. По данным А. М. Дворкина³, 90% инвалидов Отечественной войны к 1955 г. завершили лечение и полностью включились в трудовую деятельность. При этом число инвалидов 2-й группы, в 1946 г. составлявшее 53,8%

¹ Санитарные последствия войны и мероприятия по их ликвидации. Тр. 1-й конференции 22—24/VII 1946 г. М., 1947, стр. 107.

² Сорок лет советского здравоохранения. М., 1957, стр. 77.

³ «Советская медицина», 1956, № 5, стр. 86—90.

всех инвалидов, сократилось к 1955 г. до 8,6%, а число инвалидов 3-й группы за этот же срок возросло с 44,1 до 82,2%¹.

Большой вклад в ликвидацию санитарных последствий войны внесли врачи и медицинские сестры, по окончании войны уволившиеся с военной службы и поступившие на работу в органы гражданского здравоохранения. Они внесли в работу этих органов четкость и организованность, столь свойственные методам армейской работы, широко использовали многообразный опыт медицинского обеспечения Красной Армии. Из числа демобилизованных военных врачей выдвинулись многие видные деятели советской медицинской науки и организаторы советского здравоохранения: министры здравоохранения СССР и союзных республик, руководящие работники союзных и республиканских органов здравоохранения и др.

Сравнительно быстрой и успешной ликвидации санитарных последствий войны способствовала огромная работа, направленная на поддержание системы советского здравоохранения в военные годы. Об этом свидетельствует, в частности, тот факт, что несмотря на огромные разрушения, материальная база здравоохранения в целом по стране за годы войны не сократилась; больничных коек в 1945 г. стало больше, чем в 1940 г., количество санитарно-эпидемиологических станций за военные годы даже удвоилось; продукция предприятий медицинской промышленности превысила довоенный уровень на 90 млн. руб.². Небезынтересно отметить, что после возвращения медицинских институтов в освобожденные районы в тех городах, куда они в свое время были эвакуированы, высшие медицинские учебные заведения не были свернуты, а продолжали свою работу.

Немаловажное значение для успеха работ по ликвидации санитарных последствий войны имело то обстоятельство, что проводимые мероприятия в области охраны здоровья советского народа не являлись узковедомственным делом. К решению проблемы ликвидации санитарных последствий войны привлекались партийные и советские органы, непосредственное участие в этой работе приняли широкие круги советской общественности и весь советский народ. В марте 1946 г. Верховный Совет СССР принял первый послевоенный план восстановления и развития народного хозяйства, в соответствии с которым предусматривалось дальнейшее улучшение качества медицинского обслуживания населения. Этот план был успешно реализован.

О большом объеме работ по восстановлению и дальнейшему развитию материальной базы советского здравоохранения в послевоенный период свидетельствуют размеры ассигнований на здравоохранение. В 1950 г. расходы достигли 2,1 млрд. руб. против 0,9 млрд. руб. в 1940 г., несмотря на уменьшение общей численности населения более чем на 25 млн. чел. Численность врачей в стране (без военнослужащих) к этому периоду достигла 247 300 вместо 140 800 в 1940 г. Таким образом, показатель обеспеченности населения врачами возрос в 2 раза (соответственно 7 и 14 на 10 000 чел.)³. К 1950 г. обеспечен-

¹ «Советская медицина», 1956, № 5, стр. 86—90.

² Сорок лет советского здравоохранения. М., 1957, стр. 78.

³ Здравоохранение в СССР. Статистический справочник. М., 1956, стр. 15.

ность населения больничными койками далеко превысила довоенную. Так, общее количество больничных учреждений в стране (без военных госпиталей) в сравнении с 1940 г. увеличилось на $\frac{1}{3}$, достигнув 18 253, а количество коек превысило 1 млн., т. е. возросло до 55 на 10 000 чел. населения (в 1940 г. — 41 на 10 000) ¹. Соответственно увеличилась численность среднего медицинского персонала.

Можно привести и ряд других показателей, характеризующих развитие советского здравоохранения за первые пять лет после окончания войны. Однако и приведенные цифры свидетельствуют о том, что здравоохранение СССР при повседневной помощи и поддержке партии, правительства и всего советского народа быстро восстановило свои силы и средства, уже в первом послевоенном пятилетии значительно превысив уровень своего развития в предвоенный период.

Для характеристики последующего развития материальной базы советского здравоохранения обратимся к основным его показателям. Они приведены в табл. 12, данные которой показывают, что уровень всех приведенных показателей за 15 лет возрос почти в 2 раза. Следовательно, есть все основания утверждать и о значительном расширении и укреплении общегосударственной базы, определяющей возможности дальнейшего развития военной медицины.

Таблица 12*¹

Рост материальной базы советского здравоохранения в 1950—1964 гг.

Показатели развития советского здравоохранения	По годам			
	1950	1955	1960	1964
Численность врачей (тыс. чел.)	247,3 * ²	310,2 * ²	401,6 * ³	523,1 * ²
Число врачей на 10 000 населения	14,0 * ²	16,0 * ²	18,6 * ⁴	23,2 * ²
Число больничных учреждений * ⁵	18 253	24 430	26 668	26 545 * ⁶
Число больничных коек (тыс.) * ⁵	1010,7	1288,5	1739,2	2133,0
То же на 10 000 населения * ⁵	55,0	65,0	80,5	93,0
Численность среднего медицинского персонала (тыс.)	719,4	954,1	1388,3	1523,4

*¹ Народное хозяйство СССР в 1961 году. Статистический ежегодник. М., 1962, стр. 734, 745—747; СССР в цифрах в 1964 году. Краткий статистический сборник. М., 1965, стр. 148; СССР в цифрах в 1965 году. Краткий статистический сборник. М., 1965, стр. 154; Здравоохранение в СССР. Статистический справочник. М., 1960, стр. 15—16.

*² Без военнослужащих.
*³ Без военнослужащих и зубных врачей.
*⁴ Без зубных врачей.
*⁵ Без военных госпиталей.
*⁶ Снижение числа больниц связано с их укрупнением.

В послевоенном периоде произошли существенные сдвиги в структуре заболеваемости населения. Первое время после окончания

¹ Здравоохранение в СССР. Статистический справочник. М., 1956, стр. 15.

войны отмечалась несколько повышенная по сравнению с предвоенными годами заболеваемость сыпным и брюшным тифами, дизентерией, венерическими и некоторыми другими инфекционными болезнями, что явилось непосредственным результатом немецко-фашистской оккупации западных районов СССР, а также следствием ухудшения уровня материального благосостояния населения, вызванного войной. В последующем удельный вес этих заболеваний быстро снижался.

В пятидесятых годах сыпной тиф перестал давать эпидемические вспышки и стал проявляться только в виде отдельных заболеваний. Уже к концу первого послевоенного десятилетия резко снизился уровень заболеваемости брюшным тифом и паратифами. Малярия практически была ликвидирована в нашей стране, и в настоящее время речь идет лишь о необходимости систематической профилактики этого заболевания. Значительно снизилась заболеваемость венерическими болезнями.

Эти и многие другие успехи в снижении и ликвидации заболеваемости рядом инфекционных болезней объясняются комплексностью профилактических мероприятий, среди которых виднейшее место занимает система общих мер, предпринятых Коммунистической партией, Советским правительством по улучшению материальных условий жизни населения, в частности условий его труда, а также специальные противоэпидемические и лечебно-профилактические мероприятия.

В целом успешное развитие советского здравоохранения позволило наметить новые задачи, которые записаны в Программе КПСС, принятой XXII съездом партии. «Социалистическое государство, — говорится в Программе КПСС, — единственное государство, которое берет на себя заботу об охране и постоянном улучшении здоровья всего населения. Это обеспечивается системой социально-экономических и медицинских мероприятий. Осуществляется широкая программа, направленная на предупреждение и решительное сокращение болезней, ликвидацию массовых инфекционных заболеваний, на дальнейшее увеличение продолжительности жизни»¹.

Программа КПСС ставит задачу полностью удовлетворить потребность городского и сельского населения во всех видах высококвалифицированного медицинского обслуживания. Значительно расширится сеть медицинских учреждений; все население будет охвачено диспансерным наблюдением. Наряду с существующим сейчас бесплатным медицинским обслуживанием населения бесплатными станут также пользование санаторным лечением и отпуск медикаментов.

* * *

Аналогичные задачи, связанные с преодолением трудностей послевоенного времени, стали и перед военно-медицинской службой в плане текущего лечебно-профилактического и санитарно-противоэпидемического обеспечения Вооруженных Сил СССР. Это и

¹ Материалы XXII съезда КПСС. Госполитиздат, М., 1961, стр. 392.

понятно, поскольку теория и практика здравоохранения войск в мирное время по своим задачам, методам их научного и практического решения наиболее близки к гражданскому здравоохранению, хотя и имеют определенные особенности.

В первые послевоенные годы советские войска, особенно в районах, освобожденных от гитлеровской оккупации, оказались в трудных бытовых и санитарно-гигиенических условиях. Военные городки были в большинстве разрушены. Для жилищно-бытовых нужд, парков техники, ремонтных и учебных подразделений использовались непригодные, нередко полуразрушенные помещения или землянки. Районы расквартирования войск в значительной части не были обеспечены водопроводом, канализацией и необходимыми удобствами. Неблагоприятные санитарно-гигиенические условия размещения и бытового обслуживания личного состава войск создавали реальную угрозу возникновения ряда заболеваний, в том числе и инфекционных.

Неблагоприятные условия первых послевоенных лет, разумеется, полностью относились и к самой медицинской службе. Во многих частях медицинские пункты были размещены неудовлетворительно, в малопригодных для этого помещениях. Ощущался недостаток в оборудовании и некоторых видах специальных диагностических и лечебных приборов и аппаратов. Эти же затруднения испытывали лечебные учреждения — гарнизонные и даже окружные военные госпитали, особенно на освобожденной от врага территории. Например, за время войны на территории Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова упало около ста бомб и снарядов, не считая многих сотен зажигательных бомб. Были повреждены и разрушены здания ряда клиник академии, теплоцентраль и другие объекты¹.

Систематическая бомбардировка с воздуха и постоянные артиллерийские обстрелы, холод и голод оставили тяжелые последствия 1-му Ленинградскому военно-морскому госпиталю. На его территории разорвалось 8 снарядов, 3 фугасных и более 200 зажигательных бомб. Многие здания госпиталя были серьезно повреждены, многократно возникали пожары, часть лечебных отделений вышла из строя². Таких примеров можно было бы привести множество. Они свидетельствуют о тяжелых условиях, в которых оказалась материально-техническая база военно-медицинской службы в послевоенные годы.

Из всего сказанного видно, что с окончанием войны огромное значение приобрела продуманная система мер по улучшению быта войск, сохранению и укреплению здоровья личного состава Вооруженных Сил СССР. Поэтому в первые годы послевоенного периода ведущую роль в системе медицинского обеспечения войск играли меры по предупреждению инфекционных заболеваний и улучшению санитарно-гигиенического состояния районов расквартирования

¹ П. П. Гончаров. Очерки по истории Военно-медицинской академии в послеоктябрьский период. Л., 1960.

² Сборник научных работ к 250-летию со дня основания 1-го Военно-морского ордена Ленина госпиталя. Л., 1965.

войск. Не меньшее значение имела в практике медицинского обеспечения войск систематическая борьба за снижение уровня заболеваемости личного состава, особенно болезнями, связанными с бытовым неустройством.

Анализ материалов, характеризующих уровень и структуру заболеваемости войск, а также их санитарное состояние, свидетельствует о том, что медицинская служба при поддержке командования, политических органов и с помощью хозяйственного аппарата



Военно-медицинская ордена Ленина академия им. С. М. Кирова

успешно решала поставленные перед нею задачи. В войсках не было зарегистрировано значительных вспышек эпидемических заболеваний; уровень последних изменялся в пределах обычных сезонных колебаний. В целом величина заболеваемости и другие показатели, характеризующие здоровье и санитарное состояние военнослужащих, систематически улучшались.

В достижении этих результатов видная роль принадлежит системе специальных мер по борьбе с такими заболеваниями, появление или увеличение которых среди личного состава армии были связаны с неблагоприятными медико-санитарными последствиями войны. В частности, большое внимание уделялось организации лечебно-профилактических мероприятий, направленных на борьбу с туберкулезом. Все призывники должны были пройти рентгеновское обследование при поступлении в армию. В случае предоставления отсрочки по поводу заболевания туберкулезом при последующих освидетельствованиях призываемый должен был представить заключение ту-

беркулезного диспансера. Основными мерами, предупреждавшими распространение туберкулеза в воинских частях и на кораблях, являлись неуклонное улучшение условий быта и боевой подготовки, своевременное выявление больных туберкулезом (ежегодная массовая флюорография) и их лечение, проведение широкой пропаганды медицинских знаний среди личного состава.

Одной из важных задач медицинской службы в первые годы послевоенного периода являлось укрепление ее материально-техни-



Диспансерное обследование солдат в войсковом лазарете. Уральский военный округ, 1957 г.

ческой базы — строительство специально предназначенных для медицинских пунктов и лечебных учреждений типовых помещений, совершенствование внутреннего оборудования и оснащения госпиталей и медицинских пунктов. В условиях, когда аналогичные потребности возникали во всей стране, выполнение этой задачи было не легким делом. Очень многие работы выполнялись силами личного состава самих медицинских учреждений или обслуживаемых войск.

Успешному решению задач, поставленных перед медицинской службой в области лечебно-профилактического, санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения войск в значительной степени способствовала получившая распространение еще во время войны практика систематического проведения научно-практических конференций врачей. Эти конференции устраивались в военных округах и крупных гарнизонах. На них обсуждались итоги работы за год, производился обмен опытом. Большое развитие в этот период получило изобретательство и рационализация, что в

значительной степени способствовало улучшению работы медицинской службы. Именно в это время начали широко практиковаться выставки рационализаторских и изобретательских работ, которые устраивались во время научно-практических конференций врачей в военных округах, госпиталях, крупных гарнизонах. Работа рационализаторов-медиков способствовала созданию или улучшению оснащения медицинских учреждений.

Обобщение опыта лечебно-профилактической работы в войсках в первые годы послевоенного периода позволило к 1950 г. издать первое после Великой Отечественной войны руководство по лечебно-профилактическому обеспечению Вооруженных Сил СССР, которое в течение ряда лет являлось основным документом, регламентирующим вопросы лечебно-профилактической работы в войсках.

Успешное выполнение первого послевоенного пятилетнего плана развития народного хозяйства создавало благоприятные условия и для развития военного здравоохранения. Уже в 1948 г. объем промышленного производства в стране превысил довоенный уровень. Крупный шаг был сделан в развитии машиностроительной и химической промышленности¹. Укрепилась материально-техническая база сельского хозяйства. Большую роль в повышении уровня и улучшении качества медицинского обеспечения Вооруженных Сил сыграло Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР 1960 г. «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР».

Все это создало необходимые условия не только для восстановления материально-технической базы военного здравоохранения, но и для ее развития соответственно новым задачам медицинского обслуживания трудящихся, выдвинутым в период развернутого строительства коммунистического общества. Была надлежащим образом укреплена и оснащена сеть медицинских пунктов и военных госпиталей. В ряде военных округов и флотов были построены новые хорошо оборудованные здания для военно-лечебных учреждений. Подавляющее большинство военных госпиталей превратилось в современные высококвалифицированные лечебные учреждения, прекрасно оснащенные всем необходимым для применения новейших методов диагностической и лечебной работы. Получила дальнейшее развитие и сеть военных санаториев и домов отдыха. Были построены новые санаторные корпуса в Сухуми, Цхалтубо, Кисловодске, в Крыму. Укрепление материальной базы позволило значительно усовершенствовать способы и объем диагностической и лечебной работы.

Таким образом, несмотря на огромные трудности послевоенного восстановительного периода, благодаря повседневной помощи и вниманию, которые оказывало военное командование медицинской службе Вооруженных Сил СССР, были созданы в предельно короткий срок необходимые условия для полноценной постановки на современном научном уровне лечебной, диагностической и профилактической работы в войсках и военных учреждениях. Однако разви-

¹ История КПСС, изд. 2, дополненное. М., Госполитиздат, 1963, стр. 611.

тие военной медицины определяется не только достигнутым уровнем практического здравоохранения в стране и армии. Советская военная медицина строится на научной основе, а система медицинского обеспечения войск предусматривает использование новейших, применимых в условиях Вооруженных Сил, достижений медицинской науки.

Выше уже упоминалось, что основные усилия советских ученых в первые послевоенные годы были направлены, главным образом,



Панорама Сочинского санатория Министерства Обороны СССР.

на ликвидацию медико-санитарных последствий войны, что во многом способствовало успеху проводимых в этом направлении практических мероприятий. С конца 40-х годов на первый план выдвигаются научные проблемы, связанные с изучением наиболее распространенных и опасных болезней нашего времени. Особое внимание уделяется проблемам онкологии и сердечно-сосудистой патологии, борьбе с туберкулезом и различными инфекционными, в частности, вирусными заболеваниями, ревматизмом, травматизмом. Важное место в научных исследованиях занимают поиски новых, более эффективных лекарственных средств и рационализация питания.

Получили дальнейшее развитие исследования в области организации здравоохранения, в частности изыскание наиболее совершенных и эффективных способов медицинского обслуживания городского и сельского населения. При этом большое внимание было обращено на применение в практике гражданского здравоохранения принципов специализации медицинской помощи, столь оправдавших

себя при организации медицинского обеспечения Красной Армии в годы минувшей войны.

Все перечисленные, а также и другие направления научных исследований имели важное значение для военного здравоохранения, преимущественно в плане совершенствования лечебно-профилактической и противоэпидемической работы в мирных условиях. Это и понятно, поскольку общность многих условий быта советских людей и воинов Вооруженных Сил, так же как и общие для всего населения страны сдвиги в уровне санитарного благополучия и состояния здоровья советских людей, порожденные лишениями минувшей войны, приводили к известной общности задач военно-медицинской службы и гражданского здравоохранения в области лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической работы.

Но наряду с этим исключительно важным в первые послевоенные годы направлением научных исследований в области военной медицины насущные задачи дальнейшего строительства и развития Вооруженных Сил СССР выдвинули перед военно-медицинской службой и другие, не менее ответственные задачи. Они были связаны с необходимостью обеспечивать высокий уровень боеготовности Советских Вооруженных Сил с учетом их дальнейшего организационного и технического совершенствования и были направлены в целом на дальнейший прогресс системы и методов медицинского обеспечения войск в условиях военного времени.

Очевидно, что вначале эти исследования были связаны с необходимостью обобщения огромного и разностороннего опыта, накопленного медицинской службой Советских Вооруженных Сил за годы Великой Отечественной войны. Работа в этом плане была начата еще в ходе войны и приняла небывалый до этого размах. В армиях, на фронтах и в системе лечебных учреждений эвакуационных пунктов в ходе войны проводилось большое число научных конференций, подводивших итоги практической деятельности военно-медицинской службы в области медицинского обеспечения войск. Например, только на одном Западном (в последующем 3-м Белорусском) фронте за годы войны было проведено 4563 различные научные конференции в соединениях, армиях, эвакуопунктах и в масштабе всего фронта. На фронтах, в управлениях эвакуационных пунктов и военных округах тыловых районов страны комплектовались и издавались сборники научных трудов.

Большую роль в организации и направлении научной работы медицинского состава, сборе и обобщении материалов, характеризующих различные стороны деятельности военно-медицинской службы, сыграли главные специалисты фронтов, армий и управлений эвакуационных пунктов. Они явились подлинными организаторами научной работы, их заслуги в деле первичного накопления и обобщения материалов, освещающих опыт медицинского обеспечения войск в минувшей войне, исключительно велики. Важное место в первоначальном научном обобщении этого опыта занимает деятельность таких научно-консультативных органов, как Ученый медицинский совет при начальнике ГВСУ и Госпитальный совет Народного комиссариата (Министерства) здравоохранения СССР, а также цен-

тральных медицинских учреждений Народного комиссариата (Министерства) Обороны Союза ССР. Пленумы этих советов, а также совещания различных секций Ученого медицинского совета при начальнике ГВСУ, проведенные в годы войны, являются очень поучительными этапами научного обобщения опыта медицинского обеспечения войск в ходе текущих боевых действий. Крупный вклад в анализ и обобщение результатов деятельности медицинской службы в Великую Отечественную войну внесли ученые Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова и Военно-морской медицинской академии.

Как было сказано в предыдущих главах, в годы Великой Отечественной войны был учрежден Военно-медицинский музей Народного комиссариата (ныне Министерства) Обороны СССР. Это впервые созданное в таком масштабе в нашей стране историко-научное учреждение военно-медицинской службы сыграло важную роль в сборе, накоплении и последующей систематизации материалов, освещающих различные стороны медицинского обеспечения войск. В Военно-медицинском музее было сосредоточено огромное количество таких важных для научной историко-медицинской разработки первичных документов, как отчеты медицинских учреждений, ежедневные и ежемесячные медицинские донесения, оперативные документы по руководству медицинской службой действующей армии. Многие из этих материалов собирались в ходе войны путем выезда специальных бригад на фронты (в армии, в соединения). Здесь были собраны и истории болезни раненых и больных воинов Советской Армии. Все эти ценнейшие материалы, наряду с документами, хранящимися в архиве Министерства Обороны СССР, послужили основой для всех последующих научных разработок, имеющих своей целью изучение и обобщение опыта советской военной медицины в Великой Отечественной войне.

Военно-медицинский музей, помимо этого, стал важнейшим центром пропаганды военно-медицинских знаний, а также санитарной культуры. Выполнение этой роли обеспечивается обширной экспозицией, которая насчитывает 10 000 экспонатов и отражает все стороны деятельности военно-медицинской службы в военное и мирное время. Помимо образцов техники, оснащения медицинской службы, макетов учреждений и отдельных их элементов, музей располагает интереснейшими и ценнейшими документами, подлинниками трудов выдающихся ученых-медиков нашей Родины и многими другими экспонатами. Следует также отметить значительное число картин, зарисовок, скульптурных произведений, в том числе выполненных с натуры военными художниками и скульпторами в период Великой Отечественной войны. Все это привлекает в Военно-медицинский музей значительное количество посетителей, особенно молодежи, число которых достигает 300 000 чел. в год.

Следует также упомянуть о справочной работе, выполняемой Военно-медицинским музеем до настоящего времени. Многие советские люди получили в Военно-медицинском музее ответы на волновавший их вопрос о судьбе своих родственников-воинов, получивших ранения во время Великой Отечественной войны.

Еще во время войны началась активная публикация материалов, освещающих опыт советской военной медицины в текущей войне. Помимо упоминавшихся ранее сборников, трибуной этого опыта стали все издававшиеся во время войны медицинские журналы. Ряд статей, освещающих различные вопросы медицинского обеспечения войск, публиковался и в военных журналах (сборниках).

В своем подавляющем большинстве работы, выполненные во время Великой Отечественной войны, освещали лишь отдельные



Военно-медицинский музей Министерства Обороны СССР. Один из залов; на переднем плане скульптура И. В. Крестовского «Первая помощь».

частные вопросы патологии, клиники и терапии боевых поражений и заболеваний военного времени и медицинского обеспечения войск. Нередко эти работы носили на себе печать поспешности, известной ограниченности и не всегда были должным образом научно обоснованы. Тем не менее их ценность для истории военной медицины бесспорна. Они являются прежде всего свидетельством очевидцев событий Великой Отечественной войны.

После окончания войны работа в области изучения боевого опыта, накопленного советской военной медициной, развернулась более планомерно и целеустремленно. При этом, в отличие от работ, выполненных во время войны, исследования послевоенного периода стали носить более обобщающий характер. По своему содержанию исследования, посвященные изучению и обобщению

опыта минувшей войны, могут быть разбиты на две основные группы.

Первая группа объединяет исследования, проводившиеся в плане изучения опыта отдельных медицинских специальностей, а иногда опыта лечебной или профилактической работы в сравнительно узкой области медицинского обеспечения войск. Количество этих работ очень велико, и они несомненно имеют значение для обобщения опыта работы отдельных военно-медицинских специальностей или для правильного понимания эволюции научных воззрений, имевших место во время Великой Отечественной войны. Наряду с этим они играют определенную роль и в качестве исходного материала и для более широких исторических обобщений.

Вторую группу составляют исследования, выполненные в плане комплексного изучения вопросов медицинского обеспечения войск. В числе этих работ большое место занимают исследования, посвященные анализу медицинского обеспечения войск в отдельные периоды Великой Отечественной войны или во время тех или иных операций, проведенных советскими войсками. Именно в таком плане было выполнено значительное число диссертационных работ. Много интересных материалов, освещающих различные стороны медицинского обеспечения войск, публиковались в издававшихся Главным военно-медицинским управлением сборниках «Военная медицина в Великую Отечественную войну» (всего выпущено 11 таких сборников).

Работы, объединенные во вторую группу исследований, выполнялись в более широком плане и охватывают значительно больший круг вопросов медицинского обеспечения войск. Особенно важное значение для обобщения опыта медицинского обеспечения войск в минувшей войне имела работа над составлением «Энциклопедического словаря военной медицины», завершенная в период с 1946 по 1949 гг., и по созданию капитального труда «Опыт советской военной медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.».

«Энциклопедический словарь военной медицины», работа над составлением которого началась сразу же после окончания Великой Отечественной войны, представляет первую серьезную попытку обобщения и систематизации опыта медицинского обеспечения Красной Армии и Военно-Морского Флота, приобретенного за время минувшей войны. Подавляющее большинство статей, помещенных в «Энциклопедическом словаре», содержит богатые, нередко впервые публикуемые данные, характеризующие организацию медицинского обеспечения войск (флота) или различные стороны профилактической и лечебной деятельности военно-медицинской службы, осуществлявшейся в период Великой Отечественной войны.

26 марта 1946 г. было принято постановление Совета Министров СССР «О научной разработке и обобщении опыта советской медицины во время Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.». Это важное правительственное решение, предусматривающее издание 35-томного капитального труда, обобщающего опыт советской медицины в минувшей войне, встретило живой отклик широких кругов медицинской общественности. В основу разрабатываемого труда

были положены чрезвычайно разнообразные материалы, накопленные во время войны — обширный массив документов индивидуального и группового медицинского учета, различные отчеты и объяснительные записки к ним, большое количество наблюдений и публикаций. При разработке труда использовались многочисленные, нередко уникальные материалы, сосредоточенные в Военно-медицинском музее. В целом труд, разработка и издание которого продолжались 10 лет, содержит обобщенные материалы, характеризующие военную патологию и деятельность многотысячного коллектива медицинских работников в области лечебно-профилактической и противоэпидемической работы во время Великой Отечественной войны.

Таким образом, развитие военной медицины в первые годы после окончания Великой Отечественной войны базировалось прежде всего на творческом обобщении минувшего опыта работы медицинской службы Вооруженных Сил СССР. Иными словами, вначале продолжали развиваться те же направления в медицинском обеспечении войск, которые возникли еще в ходе минувшей войны. Однако и на этом этапе послевоенного развития советской военной медицины следует отметить, что подавляющее большинство исследований, посвященных обобщению опыта минувшей войны, не носило чисто исторического, описательного характера. Внимание исследователей занимала прежде всего разработка на основе анализа прошлого рекомендаций, направленных на дальнейшее совершенствование системы и методов медицинского обеспечения войск. Такой перспективный аспект исследований опыта медицинской службы Вооруженных Сил СССР в Великой Отечественной войне в области организационных вопросов военной медицины позволил уже к 1948 г. подготовить новый проект наставления по медицинскому обеспечению Советской Армии, который сыграл определенную положительную роль в последующем развитии системы и методов этого обеспечения.

Однако исследование и обобщение опыта медицинского обеспечения войск во время минувшей войны являлось хоть и актуальным, но не единственным направлением исследований. Последующее развитие военного искусства, связанное с моторизацией вооруженных сил и их оснащением новыми, более совершенными образцами военной техники, потребовало вначале известного уточнения, а затем и коренного пересмотра ряда положений, регламентировавших организацию медицинского обеспечения войск, которые были установлены в ходе минувшей войны.

Как известно, одним из важнейших факторов, определяющих развитие военной медицины, является военное дело — техническое оснащение армии, ее организация, уровень развития военного искусства. Именно в этой области в послевоенный период произошли крупнейшие качественные изменения, которые могут быть квалифицированы как революция в военном деле. Рост экономической мощи нашей страны позволил уже в первом пятилетии осуществить полную моторизацию войск, что самым непосредственным образом отразилось на тактике их действий — увеличились возможности соединений, возросла глубина задач войск, их подвижность и маневрен-

ность. Эти изменения означали для медицинской службы не только оснащение новыми транспортными средствами (а следовательно, значительные изменения ее эвакуационных возможностей), но и возникновение новых условий медицинского обеспечения войск в бою и операции.

Особенно большое влияние на формы и методы медицинского обеспечения войск имело возрастание глубины задач войск в бою,



Терапевтический полевой подвижный госпиталь, развернутый на войсковых учениях. Белорусский военный округ, сентябрь 1955 г.

увеличение темпа продвижения их в наступлении и быстротечность боя, возросшая подвижность и мобильность войск. Поэтому интересы дальнейшего совершенствования системы и способов медицинского обеспечения войск требовали внимательного изучения этих новых условий и их влияния на деятельность медицинской службы.

Надо сказать, что опыт минувшей войны при этом не утратил своей ценности. Но теперь особый интерес приобретало целенаправленное изучение и обобщение опыта медицинского обеспечения боевых действий (боев, операций), по своему характеру наиболее близких к новым условиям. Наряду с этим в исследовании организационных вопросов полевой военно-медицинской службы первостепенную роль приобрели экспериментальные методики. Наиболее перспективной из них является проверка во время полевых учений новых способов медицинского обеспечения войск.

Полная моторизация и механизация армии наложили известный отпечаток также на область научных изысканий и практических мероприятий по санитарно-гигиеническому обеспечению войск. В этой области приобрело первостепенное значение исследование влияния на организм факторов, связанных с длительными автомобильными и танковыми маршами, с эксплуатацией и ремонтом новых видов военной техники и другими видами труда военных специалистов.

В целом можно прийти к выводу, что первые 8—9 послевоенных лет представляют собой важный этап в развитии советской военной медицины. Его основным содержанием явилась перестройка системы медицинского обеспечения войск для условий мирного времени, творческое обобщение опыта медицинской службы в Великую Отечественную войну, ликвидация санитарных последствий войны в Вооруженных Силах СССР, а также научное и практическое освоение условий, создаваемых развитием Вооруженных Сил в первые послевоенные годы.

* * *

В конце 40-х годов вооруженные силы США стали оснащаться ядерным оружием, а затем и другими средствами массового поражения. В связи с этим Советское правительство вынуждено было предпринять соответствующие ответные действия. В составе Вооруженных Сил СССР был создан новый их вид — ракетные войска стратегического назначения. Все виды Вооруженных Сил получили новое более совершенное техническое оснащение и современные мощные поражающие средства, в том числе и ракетно-ядерное оружие.

Вооружение армий ряда капиталистических государств средствами массового поражения и обусловленные этим изменения в способах ведения боевых действий коренным образом изменили условия медицинского обеспечения войск в военное время и потребовали радикальной перестройки существовавших до этого форм и методов работы медицинской службы Вооруженных Сил СССР. Но происшедшие изменения в организации и техническом оснащении Вооруженных Сил СССР повлекли за собой не только необходимость перестройки системы и методов медицинского обеспечения войск на военное время, но и обусловили возникновение ряда новых проблем, связанных с текущим лечебно-профилактическим обслуживанием личного состава Советских Вооруженных Сил в мирное время. Эти проблемы были обусловлены появлением новых видов труда военных специалистов и факторов внешней среды, оказывающих влияние на организм человека.

«Появление ракетно-ядерного оружия коренным образом изменило прежние представления о характере войны. Современная ракетно-ядерная война по своей разрушительности и смертоносности не идет ни в какое сравнение с прежними войнами. Массовое применение ракетно-ядерного оружия позволяет в короткие сроки выводить из войны страну или ряд стран даже с относительно большой территорией, развитой экономикой и населением в десятки миллионов человек. Неизмеримо возрастает и пространственный размах совре-

менной войны. Почти беспредельная досягаемость средств доставки ядерного оружия придает современной войне такой неограниченный размах, что стираются границы между фронтом и тылом»¹.

История развития военного здравоохранения свидетельствует о том, что внедрение в войска оружия, обладающего принципиально новыми возможностями, оказывает существенное влияние на спо-



Медицинский пункт войсковой части. Врач производит переливание крови больному.

собы медицинского обеспечения войск. Следует в полной мере согласиться с утверждением, что вооружение армии таким новым оружием вносило коренные изменения в организацию материального, технического, медицинского обеспечения операции².

Появление и принятие на вооружение современных армий ядерного оружия и других средств массового поражения поставило перед военной медициной проблему переоценки ряда принятых ранее положений, регламентирующих порядок медицинского обеспечения войск. Возникла постоянная необходимость глубокого изучения ранее не встречавшихся видов боевых поражений, принципов и методов защиты людей от новых поражающих факторов.

¹ Военная стратегия. Под ред. В. Д. Соколовского. М., 1962, стр. 15.

² Там же.

Наиболее серьезное влияние широкого внедрения ядерного оружия и других средств массового поражения испытали формы и методы организации медицинского обеспечения войск, поскольку как раз в процессе их осуществления необходимо учитывать самые различные, нередко противоречивые воздействия новых условий. Для того, чтобы разработать наилучшие способы медицинского обеспечения войск в этих новых условиях, потребовались обширные и разносторонние исследования, проводившиеся в течение ряда лет.

Признавая огромное влияние оружия массового поражения на дальнейшее развитие военной медицины, следует все же по достоинству оценить значение и других аспектов технического перевооружения армий. Появление и развитие ракет различных классов и назначения поставило перед исследователями и практическими военными врачами ряд новых задач. Создание и принятие на вооружение войск некоторых видов радиоэлектронных устройств потребовало изучения влияния на человека электромагнитных полей сверхвысоких частот и разработки соответствующих защитных мероприятий, исключающих возможность неблагоприятных последствий их воздействия на организм человека.

Бурное развитие авиации, связанное с созданием реактивных сверхзвуковых летательных аппаратов, заставило уделить особое внимание глубокому исследованию различных перегрузок, воздействующих на организм летчика. Интенсивное, непрекращающееся насыщение войск все более сложной техникой, необходимость управлять ею в исключительно сложных, быстро меняющихся условиях современной войны, все возрастающие требования к людям, призванным управлять этой техникой, повлекли за собой необходимость физиолого-гигиенической оценки новых технических средств, разработки наиболее рациональных режимов труда, быта, отдыха, питания, обучения войск, определения современных гигиенических норм и лечебно-профилактических мер, связанных с эксплуатацией новой техники.

Из всего сказанного вытекает, что развитие военной медицины как отрасли советского здравоохранения, специально обслуживающей Вооруженные Силы, в послевоенный период стимулировалось весьма значительными сдвигами во всех исходных для нее областях науки, технического прогресса и общественной жизни. Эти сдвиги обусловили бурное развитие многих отраслей военной медицины, а иногда и возникновение ряда новых ее ответвлений, таких как радиационная гигиена и патология, медицинская защита от оружия массового поражения и некоторые другие. Новым содержанием были насыщены и такие давно оформившиеся традиционные разделы военной медицины, как организация и тактика медицинской службы, военно-полевая хирургия, военно-полевая терапия, военная и военно-морская гигиена, военная эпидемиология, физиология военного труда, авиационная медицина и др.

Таким образом, в истории послевоенного развития советской военной медицины наступил новый, весьма важный этап. Основным его содержанием явилось всестороннее изучение проблем меди-

цинского обеспечения, в связи с техническим перевооружением войск, в частности оснащением их новыми мощными поражающими средствами, а также реорганизация самой медицинской службы и методов ее работы в условиях современной войны, обусловленные этим перевооружением.

В области организации медицинского обеспечения войск данный этап характеризуется также и определенными методическими особенностями. Хотя в этот период и сохраняют значение и ценность «традиционные» способы научных исследований, например, такие как анализ и обобщение опыта минувшей войны, однако они все более уступают место опытно-экспериментальным исследованиям. Все большее значение приобретают опытные тактико-специальные учения, а также проверка теоретических взглядов и предложений в практике боевой и специальной подготовки медицинской службы. Развиваются и совершенствуются методы организации и проведения самих учений. В этот период шире практикуются комплексные исследования, в которых принимают участие специалисты различного профиля, что обусловливается сложным характером и многообразием решаемых проблем медицинского обеспечения войск.

По этой же причине, а также в связи с развитием и применением в интересах Вооруженных Сил современных вычислительных устройств и методов кибернетики, эта новая отрасль науки находит свое приложение также и при разработке военно-медицинских проблем. Нет никакого сомнения в том, что применение идей и методов кибернетики, а также электронно-вычислительных машин окажется особенно эффективным при изучении таких явлений и процессов медицинского обеспечения, которые обусловливаются большим количеством разнообразных, изменчивых, в значительной степени стохастических (случайных) исходных величин.

Напряженная работа большого коллектива преданных своему делу военно-медицинских специалистов и опытных практиков военной медицины, при постоянном внимании и помощи командования, прежде всего заместителя министра обороны СССР — начальника тыла Вооруженных Сил СССР Маршала Советского Союза И. Х. Баграмяна, позволила в весьма короткий срок разработать систему взглядов и соответствующие практические меры по медицинскому обеспечению войск в исключительно сложных условиях ракетно-ядерной войны.

Отличительная особенность качественно новой системы медицинского обеспечения войск прежде всего состоит в том, что на смену массовой эвакуации раненых и больных в госпитальные базы тыла страны, составлявшей один из основополагающих элементов ранее существовавшего порядка этого обеспечения, приходит принцип «лечения на месте» подавляющего большинства пораженных и больных в госпитальных базах, развернутых на театре военных действий. В госпитальные базы тыла страны подлежат эвакуации, при наличии возможностей к этому, лишь контингенты раненых и больных, нуждающиеся в особо длительных сроках лечения, сложных

восстановительных операциях, или не имеющие перспектив для возвращения в строй после выздоровления.

Принцип «лечения на месте», лежащий в основе современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск, не исключает, а наоборот, предполагает эвакуацию раненых и больных. Цель ее состоит в том, чтобы обеспечить возможно более равномерное заполнение лечебных учреждений ранеными и больными и наиболее четкое оказание последним соответствующей специализированной помощи в лечебных учреждениях госпитальных баз. При этом эвакуация должна, как и раньше, неразрывно сочетаться с выполнением лечебных мероприятий, но обязательно исключать многоэтапность лечебного процесса. Раненые и больные должны быть возможно более быстро доставлены на те этапы медицинской эвакуации, где они могут получить исчерпывающую медицинскую помощь. Следовательно, все раненые и больные, подлежащие лечению в госпитальных базах, развернутых на театре военных действий, должны, если это допустимо по условиям боевой обстановки, завершать лечение в той госпитальной базе, где им была первоначально оказана специализированная медицинская помощь. Тех раненых и больных, лечение которых целесообразно осуществлять в тылу страны, надлежит эвакуировать, после завершения их тщательной подготовки к такой эвакуации, непосредственно в госпитальные базы тыла страны.

В новых условиях резко повышается значение противоэпидемических мероприятий, как одной из важных частей современной системы медицинского обеспечения войск. Богатый опыт, который накопила в этой области медицинская служба Вооруженных Сил СССР за годы гражданской и Великой Отечественной войн, получил дальнейшее развитие. Советские ученые разработали и предложили новые, более эффективные методы и средства профилактики и лечения ряда эпидемических болезней.

В последние годы большое внимание в процессе теоретического и организационного становления современной системы медицинского обеспечения войск было уделено принципам и способам обеспечения различных видов Вооруженных Сил СССР. Этот вопрос неоднократно обсуждался на научных совещаниях, на пленумах Ученого медицинского совета при Центральном военно-медицинском управлении и на заседаниях различных его секций; были организованы и проведены в целях опытной проверки ряда положений военно-медицинские учения исследовательского характера.

Разработка научно обоснованных принципов и системы медицинского обеспечения Вооруженных Сил СССР представляет собой лишь одну сторону процесса, характеризующего развитие военной медицины и строительство нашей медицинской службы в послевоенный период. Другая его сторона была связана с систематическим внедрением разработанной системы взглядов и методов их применения в практику боевой подготовки войск и специальной подготовки самой медицинской службы. При этом нужно было учитывать существенные сдвиги, происшедшие в послевоенном периоде в системе обучения и воспитания личного состава войск.

По мере роста культуры советского народа и реализации задач всеобщего среднего образования в нашей стране общеобразовательный и культурный уровень личного состава армии резко изменился. В послевоенные годы Вооруженные Силы комплектуются преимущественно молодыми людьми с достаточно высоким уровнем образования. В связи с этим, как показала практика санитарной подготовки, возникла возможность поднять ее уровень и пересмотреть тематику и методику санитарной подготовки и санитарного просвещения.

С другой стороны, усложнившийся характер боевых поражений, которые стали значительно более разнообразными, потребовал более обширных знаний и твердых навыков по их предупреждению и по оказанию первой медицинской помощи. При этом тяжесть и исключительно быстрое развитие многих видов поражений, а также массовый их характер в случае применения противником современных средств поражения — все это определило важность отличной подготовки всего личного состава войск к оказанию первой медицинской помощи, поскольку сейчас нельзя рассчитывать на то, что эта задача может быть выполнена только

или преимущественно силами медицинской службы. Поэтому весь личный состав войск должен не только знать характер современных поражений, но и обладать доведенными до автоматизма навыками быстрейшего оказания первой медицинской помощи в самых сложных условиях.

Современный солдат и офицер — это прежде всего квалифицированный специалист, имеющий дело со сложной техникой, неумелое обращение с которой может стать опасным для здоровья личного состава. Следовательно, необходимость высокой санитарной культуры и определенного объема специальных медицинских знаний определяется усложнившимися условиями военного труда. В связи с этим личный состав, обслуживающий современную воен-



Фасад здания Главного военного госпиталя Министерства Обороны СССР им. Н. Н. Бурденко.

ную технику, должен знать возможные неблагоприятные воздействия условий военного труда на организм и владеть мерами по их предупреждению.

В целом медицинская подготовка солдат, сержантов (старшин) и офицеров не может рассматриваться как дело, организуемое и проводимое только одной медицинской службой. Она никоим образом не должна быть изолирована от других видов боевой и специальной подготовки войск. Наоборот, медицинскую подготовку следует организовывать и проводить не только в отведенные для этого специальные часы, но и во время работы с техникой, на учениях и других видах занятий, по возможности в комплексе с другими видами работ и учебных занятий.

В разные годы послевоенного периода в Министерстве обороны СССР проведен ряд последовательных мероприятий, способствовавших достижению высоких требований, предъявляемых к медицинской подготовке личного состава войск. Эта подготовка сейчас проводится по специально разработанным программам, учитывающим специфику службы в различных родах войск и видах Вооруженных Сил. Соответствующими приказами и директивами на нее предусмотрено значительное число учебных часов, причем в течение послевоенного периода норма учебного времени на этот вид подготовки несколько раз увеличивалась. В частях созданы и оборудованы классы военно-медицинской подготовки, оснащенные всеми необходимыми пособиями.

В интересах медицинской подготовки и санитарного просвещения создано большое количество брошюр, памяток, фотовыставок и витрин. Все больше и чаще практикуется создание диафильмов и кинофильмов военно-медицинского содержания. Особенно большую работу в этом направлении проделал и продолжает выполнять Военно-медицинский музей Министерства обороны СССР.

Послевоенный период характеризуется дальнейшим прогрессом дела подготовки и усовершенствования военно-медицинских кадров, прежде всего военных врачей. Подготовка советского военного врача характеризуется гармоничным сочетанием медицинских и военных дисциплин, воспитанием преданного Родине, инициативного, любящего свое дело военного врача-профессионала, способного на научной основе организовать медицинское обеспечение войск применительно к сложным и изменчивым условиям учебной и боевой деятельности войск.

Развитие и дифференциация военной медицины, разнообразие условий деятельности врачей в частях различных родов войск и видов Вооруженных Сил привели к необходимости, наряду с преподаванием общих разделов медицины, обеспечить целенаправленную, профильную подготовку военно-медицинских специалистов. Эта профильная подготовка осуществлялась непосредственно в частях, в системе боевой и специальной подготовки медицинской службы. Потребовалось также профилировать первичную военно-врачебную подготовку применительно к задачам медицинского обеспечения трех видов Вооруженных Сил — Сухопутных войск, Военно-Морского

Флота и Военно-Воздушных Сил и при обучении слушателей в высших военно-учебных заведениях.

Одной из важнейших задач медицинской службы с начала послевоенного периода и в течение всех последующих лет являлось (и продолжает оставаться до сих пор) медицинское обеспечение боевой подготовки войск, а также боевая и специальная подготовка самой медицинской службы. Однако в первое время тактико-специальные учения медицинских подразделений и частей практиковались в весьма ограниченном количестве.



Тактико-специальное учение. На сортировочной площадке. Июль 1966 г.

В дальнейшем организационные формы и методы боевой и специальной подготовки медицинской службы получили должное развитие и были существенным образом улучшены. В военных округах и на флотах стало широко практиковаться проведение как показательных, так и тренировочных тактико-специальных учений медицинской службы. Многие из них предпринимались не только в целях обучения и тренировки медицинского состава, но и с исследовательской целью. Гораздо чаще и шире практиковалась отработка вопросов медицинского обеспечения, в частности при ликвидации очагов массового поражения на учениях войск, что позволяло создавать для медицинской службы обстановку, наиболее приближенную к реальным условиям боевых действий.

Продолжала развиваться в послевоенный период и система усовершенствования военных врачей. Войсковые врачи получили воз-

возможность совершенствовать свои знания по основным разделам клинической медицины путем ежегодного прикомандирования к ближайшим гарнизонным госпиталям сроком на 1 месяц. Первичная специализация войсковых врачей обеспечивается сетью окружных и флотских курсов усовершенствования медицинского состава, где врачи могут повышать уровень своих теоретических знаний и практических навыков в избранной и смежной специальности. Наконец, подготовка военно-медицинских специалистов высокой квалификации осуществляется на факультете усовершенствования Военно-медицинской ордена Ленина академии имени С. М. Кирова.

Ведущую и решающую роль в подготовке высококвалифицированных военно-медицинских кадров занимает Военно-медицинская ордена Ленина академия имени С. М. Кирова. В этом старейшем военно-медицинском учреждении после войны работала большая группа крупных ученых страны, в большинстве своем обогащенных опытом практической работы в действующей армии (С. С. Гирголав, Н. Н. Еланский, П. А. Куприянов, С. И. Банайтис, Н. С. Молчанов, Л. А. Орбели, С. Т. Павлов, И. Р. Петров, И. И. Рогозин, Н. И. Рагоза, В. Н. Шамоу, В. Н. Шевкуненко, Д. А. Энтин и многие другие). Наряду с ними в послевоенный период выросла большая группа молодых ученых и педагогов, достойно представляющих советскую военную медицину.

В послевоенный период произошло объединение Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова с Военно-морской медицинской академией, и с этого времени она стала основным центром подготовки и усовершенствования высококвалифицированных кадров военных врачей для медицинской службы Вооруженных Сил СССР. В составе академии были созданы факультеты, обеспечивающие профилированное обучение слушателей для последующей их работы в качестве врачей различных видов Вооруженных Сил. В целях обеспечения профильной подготовки в составе академии был организован ряд новых кафедр, в частности авиационной медицины, военно-морской и радиационной гигиены и др.

Много сделано в послевоенный период в академии и в области научной разработки актуальных проблем военной медицины. На кафедрах, в научно-исследовательских лабораториях и в клиниках систематически ведется напряженная научно-исследовательская работа по всем основным направлениям, обеспечивающим дальнейший прогресс военной медицины и совершенствование практической стороны медицинского обеспечения войск. В академии был создан ряд научно-исследовательских лабораторий. Одной из них является баролаборатория, предназначенная для изучения научных проблем, связанных с воздействием на организм человека повышенного или пониженного атмосферного давления.

Роль академии в боевой и специальной подготовке медицинской службы не ограничивается только подготовкой и усовершенствованием врачей в ее стенах. Профессора и преподаватели академии систематически оказывают большую помощь практическим работникам медицинской службы, участвуя в совместных с ними исследованиях, в научно-практических конференциях, тактико-специальных

учениях и занятиях, учебных сборах, проводя консультации наиболее сложных больных. Значительная группа профессорско-преподавательского состава периодически направляется в военные округа и на флоты на руководящую практическую работу, что, с одной стороны, способствует повышению качества этой работы на местах, а с другой — позволяет академии хорошо знать все запросы военно-медицинской практики.



Вручение ордена Ленина Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. 1954 г.

В 1954 г. за заслуги в подготовке военно-медицинских кадров и развитии медицинской науки Указом Президиума Верховного Совета СССР Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова была награждена орденом Ленина.

Таким образом, насущные задачи строительства Вооруженных Сил СССР, связанные с их техническим усовершенствованием, обусловили необходимость существенного усиления роли медицинского обеспечения, которое превратилось в один из важнейших факторов, способствующих поддержанию высокой степени боеспособности личного состава войск. Медицинская служба была укреплена организационно; получила дальнейшее развитие и ее материально-техническая база. К руководству медицинской службой в центре и на местах пришли хорошо подготовленные энергичные организаторы военной медицины, много сделавшие для поднятия авторитета медицинской службы и для всемерного укрепления системы медицинского обеспечения Вооруженных Сил СССР. Большинство из них

получило до этого целенаправленную подготовку на факультете усовершенствования врачей Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова или в группах усовершенствования руководящего состава медицинской службы на Высших академических курсах академии. Главными специалистами медицинской службы Вооруженных Сил стали виднейшие советские ученые: главным хирургом — Герой Социалистического Труда, лауреат Ленинской премии генерал-полковник медицинской службы А. А. Вишневский, главным терапевтом — действительный член АМН СССР генерал-лейтенант медицинской службы Н. С. Молчанов.



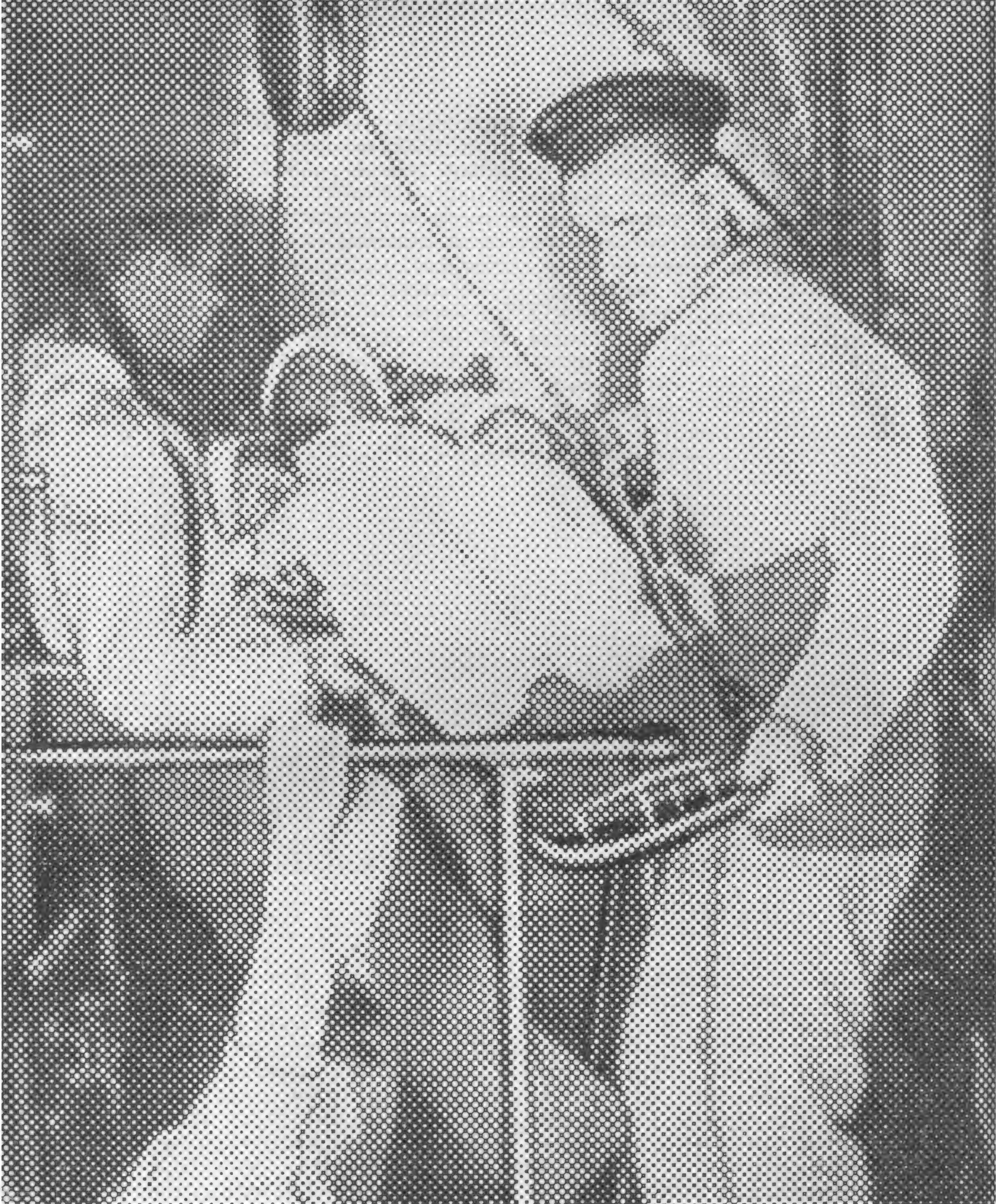
Группа генералов и офицеров медицинской службы Вооруженных Сил СССР и армий стран Варшавского договора у Зимнего дворца в Ленинграде.

В послевоенные годы возникло и успешно развивается содружество медицинской службы Советских Вооруженных Сил с медицинской службой социалистических стран. Это содружество, являющееся одним из проявлений дружбы и сотрудничества народов этих стран, все более способствует делу укрепления боеспособности войск и сохранению здоровья воинов братских вооруженных сил.

Развитие военной медицины в послевоенном периоде свидетельствует о большом внимании партии и правительства к охране здоровья личного состава Советских Вооруженных Сил и к нуждам военного здравоохранения. Медицинское обеспечение войск является предметом постоянной заботы командования и политических органов.

Личный состав медицинской службы отвечает на это внимание и заботу настойчивым совершенствованием своей работы, высокой

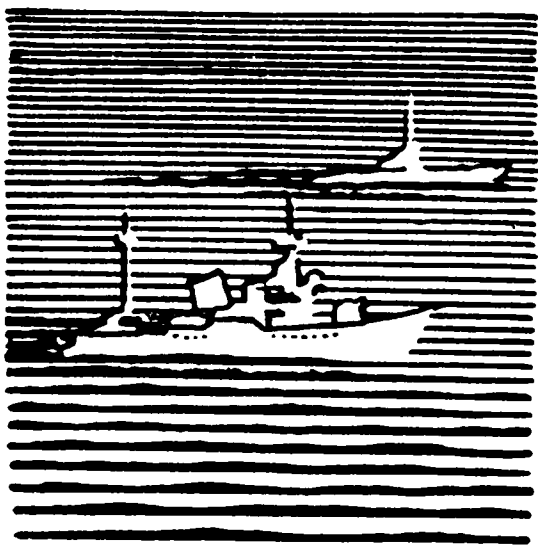
преданностью долгу советских медицинских работников. Об этом свидетельствует неуклонное снижение заболеваемости в войсках, систематическое улучшение показателей работы лечебных и профилактических учреждений. Тысячи врачей, медицинских сестер и других специалистов, включившись в социалистическое соревнование, показывают образцы выполнения своих обязанностей. Медицинская служба настойчиво ищет пути дальнейшего совершенствования системы и методов медицинского обеспечения Вооруженных Сил СССР на современном этапе их строительства и добилась в этом несомненных успехов. Огромная работа, проделанная за послевоенный период в области изучения насущных научных проблем военной медицины, совершенствования подготовки военно-медицинских кадров и укрепления материально-технической базы медицинской службы, служит надежным залогом успешного решения новых задач медицинского обеспечения Вооруженных Сил СССР.



1917-1967

Глава IX

ОСНОВНЫЕ ПУТИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВОЕННО-МОРСКИХ СИЛ СССР



Медицинская служба Военно-Морских Сил СССР зародилась одновременно со становлением медицинской службы Красной Армии. Она развивалась в качестве неразрывной части

советской военной медицины и руководствовалась в своем развитии едиными с медицинской службой Красной Армии принципами медицинского обеспечения Советских Вооруженных Сил. Общими для медицинской службы Военно-Морского Флота и Красной Армии были и основные пути их исторического развития. Но наряду с этим в истории медицинского обеспечения Военно-Морских Сил СССР есть ряд особенностей, зависевших от специфических условий службы на флоте и своеобразной обстановки, характерной для отдельных этапов развития Военно-Морских Сил нашей Родины и их медицинской службы.

Балтийский флот был одной из важнейших сил Октябрьского вооруженного восстания. 24 октября 1917 г. в Петроград прибыли отряды моряков из Кронштадта и Гельсингфорса. Оба отряда имели медицинский состав, силами которого были развернуты медицинские пункты в Адмиралтействе и Новой Голландии¹. На линкоре «Заря Свободы», крейсерах «Аврора» и «Олег» и миноносцах, стоявших на Неве, имелись врачи, фальдшеры и санитары. Моряки приняли участие в захвате почтамта, Мариинского дворца, штурме Зимнего. Раненые в уличных боях матросы лечились в морском госпитале и в медицинских пунктах отрядов. Спустя десять дней моряки разгромили войска Керенского и заняли Царское Село. Помощь раненым оказывал медицинский персонал отряда.

12 февраля 1918 г. В. И. Ленин подписал декрет о роспуске царского и организации Рабоче-Крестьянского Красного Флота. Формирование РККФ начиналось на принципах добровольного комплектования. Большинство моряков осталось служить добровольцами. Во время знаменитого ледового похода Балтийского флота в марте — апреле 1918 г. подавляющее большинство врачей, среднего и младшего медицинского состава покинули Гельсингфорс и Ревель вместе с кораблями или выехали в Петроград по железной дороге.

Главный санитарный инспектор флота А. Ю. Зуев принял деятельное участие в формировании медицинской службы РККФ. Положение было сложным. Матросы отказывались от телесных осмотров и предохранительных прививок, что вело к распространению кожных, венерических и инфекционных заболеваний. Госпитали были переполнены больными. Количество среднего медицинского персонала на флоте сократилось, так как Кронштадтская и Николаевская фельдшер-

¹ Новой Голландией называют небольшой островок у пересечения р. Мойки и Крюкова канала, на котором находилась морская тюрьма.

ские школы в 1917 г. выпусков не производили. Административные вопросы в госпиталях и других медицинских учреждениях решались коллегиально с участием уполномоченных от врачей, фельдшеров, сестер и даже больных, представители которых принимали участие в решении бытовых вопросов. На кораблях врачи, так же как и весь начсостав, избирались на должности командой корабля.

Медицинским обеспечением флота руководил Главный морской санитарный совет, в состав которого входили по три представителя от врачей, лекпомов, фельдшеров, сестер, санитаров и представитель верховного управления флота. Был также создан объединенный профсоюз медико-санитарных организаций морского ведомства, в задачу которого входила защита интересов медицинского состава. Профсоюзы обсуждали порядок прохождения службы морскими врачами, в частности, ставили вопрос о равноправии врачей с командным составом, о сокращении срока выслуги полной пенсии в связи с опасностью для здоровья из-за контакта с инфекционными больными. Эти требования были обусловлены тем, что от сыпного тифа умерли известные морские врачи К. Н. Зиновьев, А. П. Садоков, Н. П. Солуха, А. А. Фадеев и др.

В годы гражданской войны на озерах и судоходных реках активно действовали военные флотилии. Летом 1918 г. были организованы флотилии на Волге и Каспии. Позднее были созданы Северо-Двинская, Онежская, Чудская, Западно-Двинская и другие флотилии. Медицинские службы флотилий создавались за счет Балтийского флота с привлечением местных людских и материальных ресурсов. А. Ю. Зуев направлял на флотилии врачей. В ряде случаев медсостав прибывал в район боевых действий вместе с кораблями и отрядами моряков. Так, на Волжскую флотилию с Балтики были посланы миноносцы, имевшие свою медицинскую службу. Медицинское имущество было отпущено из аптеки Петроградского морского госпиталя, как это всегда практиковалось на флоте, где аптека госпиталя выполняла функцию базового медицинского склада. В августе 1918 г. на базу Северо-Двинской флотилии в Котлас прибыл по железной дороге отряд кронштадтских моряков, имевший медицинскую службу в составе 2 врачей, 4 лекпомов, 3 медсестер и 8 санитаров.

В пунктах базирования флотилий создавались береговые госпитали и лазареты. Отряды действующих кораблей сопровождалась плавучими средствами медицинского обеспечения. Так, в Астрахани имелся 200-коечный госпиталь флотилии, а госпитальное судно «Березань» на 40 коек обеспечивало боевые операции кораблей. В Нижнем Новгороде находился 60-коечный лазарет, а плавучий госпиталь «Христофор Колумб» сопровождал отряд кораблей. Зимой 1918—1919 гг. плавучий госпиталь Волжской флотилии был расформирован, а береговой лазарет расширен до 150 коек. Весной 1919 г., когда флотилия вела напряженные бои на Каме, Вятке и Белой, на пароходе «Илья Муромец» был развернут 150-коечный госпиталь.

На Северо-Двинской флотилии медицинская служба развернула лазарет на штабном корабле. Раненые моряки, после медицинской помощи в этом лазарете, эвакуировались в лечебные учреждения 6-й армии. После освобождения Архангельска флотилия была пере-

именована в Беломорскую, а позднее вошла в состав Морских Сил Северного моря. В марте 1920 г. в Архангельске находилось управление санитарной части Северного моря, лазарет на 60 коек и санитарный склад. Дислоцированные на пространстве от Котласа до Архангельска речные корабли обслуживались 20-коечным госпитальным судном «Гоголь».

На других флотилиях, ввиду их малочисленности, средства медицинского обеспечения были скромнее. Медицинская служба Онежской флотилии в кампанию 1919 г. состояла из 2 врачей и 4 лекпомов. В Петрозаводске был развернут базовый лазарет на 25 коек. Западно-Двинская флотилия имела единственного представителя медицинской службы — старшего лекпома.

* *
*

Балтийский флот вел успешные боевые действия с интервентами. В организации медицинского обеспечения этих боевых действий большую роль играли Петроградский и Кронштадтский военно-морские госпитали. Аптека Петроградского морского госпиталя отпускала медицинское имущество во все порты, где базировались корабли военно-морского флота. Кронштадтскому госпиталю нередко приходилось снабжать уходившие из Кронштадта отряды моряков медикаментами. В марте 1918 г. в Нарву был направлен санитарный поезд, обслуживавший сухопутный отряд моряков численностью в 1000 чел. Он был укомплектован врачами и сестрами Петроградского морского госпиталя. В ночь с 13 на 14 июня 1918 г. аптека Петроградского морского госпиталя выдала имущество для 2 отрядов моряков, срочно отправляемых на фронт, причем с одним отрядом был послан дежурный врач госпиталя. 17 августа 1918 г. в Кронштадте были организованы 2 «летучих» санитарных отряда, каждый из которых имел врача, фельдшера, 3 медсестер и 8 носильщиков. Они обслуживали 10-тысячный отряд моряков на сухопутном фронте. Все это делалось в условиях острой нехватки медицинского состава и имущества. В 1919 г. на флоте служило всего 177 врачей, 387 фельдшеров и 129 санитаров. Некомплект составлял 95 врачей, 141 фельдшер и 234 санитар.

Разруха, голод и эпидемии заставляли прибегать к чрезвычайным мерам по борьбе с эпидемической заболеваемостью. К этой работе привлекались широкие массы моряков и населения. Большую роль в организации противоэпидемической защиты на Балтийском флоте сыграли консультант по санитарной технике и гигиене при штабе флота В. А. Андреев и заведующий бактериологической лабораторией Петроградского морского госпиталя Г. Д. Белоновский, ставший впоследствии крупным микробиологом.

В результате энергичных мероприятий, проведенных на флоте, заболеваемость паразитарными тифами, желудочно-кишечными инфекциями и венерическими болезнями к концу 1920 г. начала постепенно снижаться.

После ликвидации Кронштадтского мятежа, вспыхнувшего в начале марта 1921 г., в Кронштадтский госпиталь поступил 831 раненый.

Для сбора и оказания помощи раненым госпиталь сформировал несколько медицинских отрядов. Напряженная работа шла в стенах госпиталя. Четверо суток непрерывно оперировал раненых хирург госпиталя В. К. Лубо. Он спас жизнь многим тяжелораненым участникам штурма мятежной крепости.

Черноморский флот в годы гражданской войны оказался отрезанным от Советской Родины. Часть кораблей по приказу В. И. Ленина была потоплена в июне 1918 г. у Новороссийска, а оставшиеся были уведены интервентами. Только в начале 1920 г., когда Украина и Северный Кавказ были освобождены Красной Армией, Черноморский флот был снова сформирован из уцелевших на Азовском море, в Николаеве и других портах кораблей. Восстанавливала свои учреждения и медицинская служба флота. Севастопольский морской госпиталь был развернут на 300 коек и обслуживался штатом в 120 чел. В Одессе был создан 100-коечный госпиталь. В кампанию 1920 г. на флоте действовал пароход-санпропускник, в Николаевском порту использовалась баржа-баня с дезкамерой.

* * *

В первые годы по окончании гражданской войны вспышки эпидемических заболеваний среди личного состава флота не прекращались. На Черноморском флоте, где сложилась особенно неблагоприятная обстановка, были созданы санитарные тройки на всех кораблях, в частях и учреждениях в составе командира, комиссара и представителя медицинской службы. Приказом № 133 от 27 января 1921 г. по флоту была создана чрезвычайная санитарная комиссия в составе главврача флота Моргана, помощника санитарного инспектора Севастопольского порта Алешина, комиссара санитарной части Бельченкова и представителя политуправления Красинова. Большое внимание в этот период уделялось санитарному просвещению. На флотах были организованы методические кабинеты и созданы комиссии по санитарному просвещению.

Морские врачи приступили к научной работе для решения практических вопросов медицинского обеспечения флота. Н. А. Подкопаев в 1918 г. опубликовал в журнале «Морской врач» статью «К вопросу о гигиене кочегаров и машинистов». В. Ф. Груздев изучал влияние искусственного освещения корабельных помещений на зрение. А. П. Зябрев и И. М. Реммель изучали труд машинистов и кочегаров на надводных кораблях. В. А. Морев исследовал обмундирование и питание моряков. А. Г. Назаров разрабатывал вопросы медицинского обеспечения торпедных катеров. Н. А. Миронов изучал организацию труда и отдыха краснофлотцев.

В центральном аппарате медицинской службы флота по окончании гражданской войны происходили неоднократные реорганизации. В 1922 г. Главное управление санитарной части флота было включено в состав ГВСУ. После ухода в июне 1921 г. по болезни в отставку А. Ю. Зуева, начальником морского санитарного отдела ГВСУ стал известный участник полярных плаваний Л. М. Старокадомский. В 1932 г. был создан Тихоокеанский флот, в 1933 г. — Северный.

В 1938 г. был образован Народный комиссариат Военно-Морского Флота с санитарным отделом, реорганизованным в том же году в Медико-санитарное управление РККФ.

О необходимости специальной подготовки морских врачей и фельдшеров говорилось еще в 1930 г. на конференции медицинской службы Балтийского флота. По докладу начальника военно-санитар-



Ф. Ф. Андреев. 1946 г.

ного управления Балтийского флота В. Т. Березина была принята резолюция, требовавшая организовать подготовку морских врачей и лекпомов¹. Первые шаги в этом направлении были предприняты в том же году: в Военно-медицинской академии была организована адъюнктура по тактике медицинской службы флота, военно-морской гигиене, хирургии и терапии. В 1931 г. были выделены морские группы слушателей третьего курса. Представитель военно-санитарного управления в научно-техническом комитете ВМС РККА В. А. Андреев читал в академии курс военно-морской гигиены прикомандированным для усовершенствования врачам. В 1932 г. В. А. Андреев составил программы морской подготовки для всех слушателей академии и для будущих мор-

ских врачей. В предвоенные годы был создан морской факультет при 1-м Ленинградском медицинском институте им. И. П. Павлова, позже реорганизованный в Военно-морскую медицинскую академию. Немалую роль в этом сыграл начальник МСУ ВМФ бригаврач Ф. Ф. Андреев. Начальником академии был назначен бригаврач А. И. Иванов.

Создание Военно-морской медицинской академии было важным событием не только в истории военно-морского медицинского образования. Это был новый этап в развитии военно-морской медицинской науки. До этого научные работы по вопросам военно-морской медицины велись на флотах отдельными врачами. В крупных базах

¹ В. И. Шестов. Из истории организации военно-морского медицинского образования. В кн.: Тр. ВМОЛА им. С. М. Кирова, т. 64, 1956, стр. 199.

флота врачи объединялись в научные общества, на заседаниях которых обсуждались актуальные вопросы военно-морской медицины. Так в 1926 г. в Кронштадте было вновь восстановлено одно из старейших научно-медицинских обществ нашей страны — общество морских врачей. Организация лечебно-эвакуационного обеспечения флота отрабатывалась на учениях и играх, проводившихся на флотах. В 1936 г. Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова издала «Сборник работ кафедры военных и военно-санитарных дисциплин», в котором были опубликованы статьи П. И. Тимофеевского и В. И. Шестова, содержавшие основы организации и тактики медицинской службы флота. В 1939 г. вышла книга В. И. Шестова «Лечебно-эвакуационное обеспечение Военно-Морского Флота в военное время» — первое руководство по тактике медицинской службы военно-морских сил. В 1940 г. коллектив преподавателей Военно-морской медицинской академии подготовил учебное пособие для слушателей по тактике медицинской службы флота, морской гигиене и корабельной санитарной технике — «Краткий курс военно-морских санитарных дисциплин». В его создании принимали участие В. И. Шестов,



А. И. Иванов. 1950 г.

Б. М. Порембский, В. А. Морев, А. С. Крупин, Г. С. Блауштейн и И. В. Фадеев. Дважды был издан учебник по курсу корабельной санитарной техники, автором которого являлся известный в этой области специалист В. А. Андреев. В 1940 г. вышла из печати монография А. Я. Громова и А. Г. Шишова «Санитарное обеспечение морской авиации». В Военно-морской медицинской академии начали разрабатываться вопросы физиологии подводного плавания, труда водолазов и других корабельных специалистов.

В 1938 г. японские милитаристы напали на наши пограничные части у озера Хасан. Инцидент перерос в боевую операцию с участием сил Красной Армии. Медицинская служба Тихоокеанского флота приняла активное участие в эвакуации и лечении раненых. Для доставки раненых были приспособлены тральщик и несколько товаро-пассажирских

пароходов, на которые были назначены врачебные бригады, оказывавшие помощь раненым в пути. Из 2830 раненых во Владивосток таким путем было доставлено 2765 чел.¹.

Во время советско-финляндской войны 1939—1940 гг. в боевых действиях принимали участие Северный и Краснознаменный Балтийский флоты. Медицинская служба Северного флота обеспечивала эва-



Ю. Ю. Джанелидзе. 1948 г.

куацию раненых из медицинских учреждений армии по Баренцову морю в Мурманск на госпитальном судне «Воронеж». Боевые действия частей Красной Армии, наступавших вдоль побережья Финского залива, поддерживала береговая артиллерия и авиация Краснознаменного Балтийского флота. На острова Сескар, Лавенсари и Гогланд были высажены десанты. Для медицинского обеспечения этих операций, кроме имевшихся ранее военно-морских госпиталей и лазаретов, были развернуты Усть-Лужский, Ораниенбаумский и Курголовский эвакуационные пункты, Котловский эвакуационный пункт, санитарные отряды, медсанроты, санитарные транспорты «Волдарский» и «Петр Аммерман». В Шлиссельбурге был сформирован военно-морской госпи-

таль на 50 коек. Через Курголовский эвакуационный пункт прошло большое количество раненых с островов Сескар и Лавенсари.

В отчете о деятельности медицинской службы Краснознаменного Балтийского флота во время советско-финляндской войны, составленном П. М. Розановым, отмечалась слабая медико-тактическая подготовка врачебного состава флота. В структуре санитарных потерь обращает на себя внимание значительное число отморожений среди личного состава, принимавшего участие в боях. Это объясняется не только характером боевых действий, проводившихся на льду и пустынных

¹ А. И. Иванов. Медико-санитарная служба ТОФ при обеспечении Хасанской боевой операции. В сб.: Санитарная служба ТОФ в Хасанской операции. Л., 1941, стр. 5—14.

островах, но и отсутствием опыта боевых действий в условиях необычайно суровой зимы.

Несмотря на ограниченный масштаб боевых действий флота во время советско-финляндской войны 1939—1940 гг., медицинская служба получила много уроков, особенно в деле мобилизационного развертывания своих учреждений, а также в вопросах медицинского обеспечения частей береговой обороны.

* * *

В начале Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. медицинская служба флота встретила с очень большими трудностями, связанными со сложной оперативной обстановкой, непредвиденным появлением сухопутных сил противника в районе военно-морских баз и господством вражеской авиации в воздухе. Это не могло не сказаться на организации лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий в начальном периоде войны. Из-за отсутствия боевого опыта и плохой информации об оперативной обстановке имели место серьезные недостатки в организации массовой эвакуации раненых из блокированных военно-морских баз. В ряде случаев не было взаимодействия с медицинской службой сухопутных войск.

По мере накопления боевого опыта деятельность медицинской службы флота совершенствовалась, учились и росли кадры врачей-организаторов, хирургов, эпидемиологов, терапевтов и других специалистов. В ходе вой-

ны опыт медицинского обеспечения боевых действий флотов изучался на пленумах Ученого медицинского совета при начальнике Медико-санитарного управления ВМФ. Материалы пленумов делались достоянием всей медицинской службы флота.

Героический труд врачей, фельдшеров, медицинских сестер и санитаров флота в сочетании с высоким уровнем лечебной работы,



А. Л. Мясников. 1946 г.

четкой организацией противоэпидемических мероприятий и санитарно-гигиенического обеспечения кораблей и береговых частей дали в итоге исключительно высокие показатели медицинского обслуживания боевых действий ВМФ в годы Великой Отечественной войны. Рассмотрим теперь, как же осуществлялось медицинское обеспечение отдельных флотов.

Медицинское обеспечение Краснознаменного Балтийского флота в начале войны пришлось осуществлять в очень трудной обстановке.

Уже 30 июня гитлеровцы подошли к Риге. Рижский лазарет был эвакуирован в Таллин и далее в Ленинград. В этот же день был свернут и 2 июля отправлен по железной дороге на Ленинград Таллинский морской госпиталь. Аппарат медико-санитарного отдела флота также переехал из Таллина в Петергоф. В Таллине осталась небольшая группа медико-санитарного отдела во главе с бригадиром М. Я. Кривошеиным. Убедившись в поспешности принятого решения об эвакуации госпиталя, командование флота приказало вернуть его обратно. Однако из-за нарушения железнодорожного сообщения госпиталь смог возвратиться в Таллин только в начале августа на пароходе. За это время в Таллине скопилось несколько тысяч раненых. В последние дни обороны Тал-



М. Я. Кривошеин. 1940 г.

лина ежедневно поступало до тысячи раненых. Для их эвакуации на Кронштадт использовалось госпитальное судно «Жданов» и спешно приспособленные сухогрузные суда.

27 августа медико-санитарный отдел флота получил приказ штаба флота об уходе из Таллина. В 22 часа 30 мин. 27 августа началась посадка. В Беккеровской гавани стоял под погрузкой лесовоз «Казахстан», принимавший войска и раненых. За полчаса до отхода судна начальник медсанотряда военврач 1-го ранга Б. А. Верзин доставил из госпиталя раненых. Сдав их на «Казахстан», Б. А. Верзин на предложение остаться на пароходе ответил, что должен сделать еще один рейс за ранеными. Есть сведения, что Б. А. Верзин погиб при артобстреле

порта, однако точно обстоятельства его гибели неизвестны. Несомненно лишь то, что он оставался на своем посту до отхода последнего транспорта и пожертвовал своей жизнью, спасая раненых.

Днем 28 августа около двухсот различных транспортов под охраной боевых кораблей покинули Таллин. Вражеская авиация бомбила транспорты, в том числе и те, на которых находились раненые. На траверзе мыса Юминда корабли были обстреляны береговой артиллерией противника, некоторые подрывались на минах. Тральщики и катера снимали людей с гибнущих транспортов, доставляли спасенных на ближайшие острова Вайндло и Гогланд. Медицинская служба Гогландского сектора, возглавляемая А. А. Ушаковым, напряженно работала, оказывая помощь раненым и извлеченным из воды. В дальнейшем все они были эвакуированы в Кронштадтский и Ленинградский морские госпитали. На переходе погибли начальник медико-санитарного отдела Краснознаменного Балтийского флота бригаврач М. Я. Кривошеин, врачи Таллинского военно-морского госпиталя А. Н. Соловьев и С. А. Копырин, начальник поликлиники В. П. Петров, врачи Е. В. Гордеев, К. И. Иванов, фармацевт Е. Г. Цигельницкий и др. Спасая раненых на поврежденных транспортах проявили мужество и находчивость военврачи М. А. Беляев, Ф. Т. Коровин, П. Н. Сафронов.

После эвакуации Таллина продолжались бои на островах Рижского залива Саарема и Хийума. 22 октября гарнизон острова Хийума эвакуировался на полуостров Ханко и остров Осмасаар. Медицинский состав не покинул раненых, оставшихся на островах Саарема и Хийума, и попал в плен вместе с ними.

Военно-морская база Ханко, гарнизоны островов Осмусаара, Гогланда и Б. Тютерса вели активные боевые действия до декабря 1941 г. Медицинские учреждения этих изолированных гарнизонов оказались в тяжелом положении. Эвакуация раненых не производилась. Госпитали и лазареты были переполнены ранеными. Надежных убежищ не было. 3 августа при артобстреле территории Ханковского военно-морского госпиталя погиб его начальник военврач 2-го ранга Ю. В. Лукин. Силами личного состава госпиталя за 3 недели был вырыт котлован и оборудовано подземное помещение, куда в сентябре был переведен хирургический блок госпиталя. Позднее было построено еще два подземных отделения — всего на 400 мест. При эвакуации гарнизона Ханко в конце ноября — начале декабря, раненые были размещены на кораблях под присмотром медицинского персонала лечебных учреждений базы.

Военно-морские силы, дислоцированные в начале войны в восточной части Финского залива, на Неве, Ладожском, Онежском и Чудском озерах, были объединены в самостоятельное формирование — Морскую оборону Ленинграда и озерных районов (МОЛ и ОР), которая в последующем была переформирована в Ленинградскую военно-морскую базу. Отсутствие штатных сил и средств медицинской службы для обеспечения боевой деятельности этого своеобразного объединения военно-морского флота вынуждало просить их у Военно-морской медицинской академии или использовать средства местных органов здравоохранения. Так, на Чудскую флотилию выезжали из академии профессор бригаврач М. С. Лисицын и военврач 2-го ранга

И. Н. Томилин, в обслуживании флотилии приняли участие медработники Гдовской больницы. Для усиления медицинской службы Ладожской флотилии в середине июля в Сортанлахти была направлена из академии хирургическая бригада, а 13 августа в Шлиссельбург выехали 6 хирургов академии во главе с М. С. Лисициным. В это время 50-коечный Шлиссельбургский госпиталь флотилии принял несколько тысяч раненых из армейской группировки, эвакуируемой флотилией. Помещения для раненых, белье, пища, посуда и предметы ухода были изысканы на месте. Прибывшие из академии хирурги обеспечили оказание раненым квалифицированной помощи.

Стремительное развитие боевых действий требовало быстрых мер по организации медицинского обеспечения. В сложной, неясной обстановке не обошлось без ошибок. При высадке десанта на острова Ладожского озера Лункулансаари и Мантсинсаари 24—27 июля врачи батальонов морской пехоты Е. Н. Воробьева и Ф. Б. Беккер были лишены возможности эвакуировать раненых, так как плавсредства после высадки десанта для этой цели не были выделены. Военврач Е. Н. Воробьева погибла, защищая раненых, а Ф. Б. Беккер вместе с ранеными на плоту отчалил от берега и через 6 часов был подобран транспортом.

После эвакуации из Таллина медико-санитарный отдел флота разместился в Кронштадте. Начальником отдела стал военврач 1-го ранга В. Р. Баудер. В начале сентября в Ленинград прибыли эвакуированные Рижский, Таллинский, Выборгский, Петергофский и Ручьевский морские госпитали. Вместе с Ленинградским военно-морским госпиталем и клиническим госпиталем Военно-морской медицинской академии они составляли около 70% коечного фонда Краснознаменного Балтийского флота. Все они были преимущественно хирургическими. Терапевтических коек было лишь 10%. Эвакуация раненых из Ленинграда почти прекратилась. Для лечения легкораненых и больных при Балтийском флотском экипаже был сформирован батальон выздоравливающих. К концу 1941 г. он имел до 2000 мест.

Кронштадтская военно-морская база имела достаточные силы и средства для приема раненых и больных, поступавших из эвакуируемых прибалтийских баз. Коллектив кронштадтских морских врачей работал в условиях массированных воздушных налетов. Особенно ожесточенными были бомбардировки 19—23 сентября. 21 сентября бомбы попали в здание госпиталя, где погибли врачи С. А. Багдасарьян, М. О. Верещинский, Э. Э. Коган и 53 находившихся на лечении больных. В базе был создан нештатный эвакоотряд, обеспечивавший доставку раненых от пристаней до госпиталя. В октябре он получил постоянный штат и был усилен транспортом.

На территории Ижорского сектора действовал 4-й медико-санитарный отряд, эвакуировавший раненых из частей сектора и Приморской группы войск. Через Кронштадт — Лисий Нос шла массовая эвакуация на Ленинград. ФЭП 50 Ленинградского фронта подавал на станцию Лисий Нос санитарную «летучку». Через залив раненых перевозили небольшие суда — «Пятилетка», «Республика» и «Аурация». Для усиления медицинской службы береговых частей флота, действовавших на сухопутных участках активной обороны, были созданы

маневренно-хирургические группы. Одна из них находилась с отрядом моряков на переправе через Неву у Невской Дубровки.

Ладжская флотилия имела небольшой госпиталь и базовый лазарет. На кораблях врачей вначале не было, но по мере увеличения роли флотилии, охранявшей единственный путь из тыла в осажденный Ленинград, состав ее был усилен и врачи были назначены на кано-



Передача раненого с катера на причал.

нерские лодки, сторожевые корабли, соединения тральщиков и малых кораблей. Плавсредства флотилии использовались также для эвакуации раненых. Находившийся на станции Борисова Грива ХППГ 2228 доставлял эвакуируемых к пристани Осиновец. Рейдовым буксиром они подвозились на транспорт, следовавший на Новую Ладугу или в порт Кабона. Авиация противника постоянно бомбила пристани. Переходы совершались ночью.

В середине декабря 1941 г. на кораблях и в частях Краснознаменного Балтийского флота стали появляться больные алиментарной дистрофией. Количество их быстро нарастало. Из-за отсутствия топлива перестали работать электростанции, водопровод, вышла из строя канализация. Для приготовления пищи приходилось пользоваться

неочищенной невской водой. Резко увеличилось количество острых желудочно-кишечных заболеваний. Всех больных госпитализировать было невозможно. Поэтому в феврале 1942 г. были сформированы инфекционные госпитали. Профессор бригаврач А. Л. Мясников, обследовавший в мае — июне 1942 г. работу ленинградских военно-морских госпиталей, отмечал в отчете, что раненые составляли лишь 20% госпитализированных. Делалось все возможное для облегчения положения раненых и больных, их лечения и возвращения в строй, предупреждения эпидемий. Именно в это тяжелое время коллектив Кронштадтского госпиталя за героические усилия по обеспечению лечебного процесса был награжден орденом Ленина.

Летом 1942 г. подводные лодки Краснознаменного Балтийского флота, несмотря на минные и сетевые заграждения, поставленные противником и охраняемые его кораблями и авиацией, прорывались на коммуникации врага и наносили ему большие потери. Основные трудности медицинского обеспечения боевых походов подводных лодок падали на фельдшеров, возглавлявших в то время медицинскую службу на лодках. Четверо суток ухаживал за ранеными на поврежденной лодке «Лембит» фельдшер Дмитрий Куличкин. Фельдшера Воробьев, Степаненко и многие другие проявили истинный героизм, участвуя во многих боевых походах своих подводных лодок.

В периоды затишья между активными боевыми действиями врачи кораблей и береговых частей флота повышали свою квалификацию, работая в военно-морских госпиталях. С весны 1942 г. при б. клиническом госпитале Военно-морской медицинской академии были организованы курсы усовершенствования медицинского состава флота.

В августе 1942 г. в Новой Ладогe было сформировано медико-санитарное отделение Ладожской флотилии. Госпиталь флотилии был расширен, созданы санэпидлаборатория и медицинский склад. С 12 по 18 января 1943 г. в районе Шлиссельбурга развернулись бои, закончившиеся прорывом блокады Ленинграда. В мае было восстановлено железнодорожное сообщение с тылом страны. Однако оперативная зона флота осталась прежней. Лишь в начале 1944 г., когда враг был отброшен от Ленинграда, операционная зона КБФ расширилась. Началось освобождение Прибалтики. Медицинская служба новых баз флота была организована за счет маневренно-хирургических групп и базовых лазаретов. Эти формирования развернули ряд медицинских пунктов в прибрежных районах. Во второй половине 1944 г. часть военно-морских госпиталей была перемещена из Ленинграда в Таллин и Ригу. Ленинградский военно-морской госпиталь 31 мая 1944 г. Указом Президиума Верховного Совета СССР был награжден орденом Ленина. Героический труд коллектива госпиталя в период блокады получил самую высокую оценку Советского правительства.

В апреле 1945 г. был высажен десант на фриш-Нерунг, корабли КБФ принимали участие в изгнании врага из Балтийска, действовали в районе Борнхольм, Рюгге, Свиноустье. При быстром продвижении на запад военно-морские госпитали не успевали своевременно развертываться в новых пунктах базирования флота. Подвижных же госпиталей медицинская служба флота не имела. Поэтому приходилось эвакуировать раненых на большие расстояния боевыми кораблями.

Во время боев за Балтийск раненые моряки были эвакуированы в лечебные учреждения сухопутных войск.

Подводя итог медицинскому обеспечению Краснознаменного Балтийского флота в годы Великой Отечественной войны необходимо отметить, что в начальный ее период огромное значение имела организация морской медицинской эвакуации. Тяжелые условия эвакуации раненых из Таллина, Ханко, Моонзундских островов привели к большим потерям среди эвакуируемых и медицинского персонала. Именно на этот период приходится подавляющее большинство безвозвратных потерь личного состава медицинской службы флота. Крупные транспортные суда оказались в условиях балтийского морского театра непригодными для массовой эвакуации раненых ввиду большой их уязвимости от авиации противника. Для эвакуации раненых на такие сравнительно небольшие расстояния, как от Таллина до Кронштадта, были бы более подходящими менее уязвимые быстроходные суда небольшого тоннажа. Однако медицинская служба флота ими не располагала.

Для обеспечения активных боевых действий флота выявилась настоятельная потребность иметь подвижные формирования — маневренные хирургические группы. Они сыграли большую роль на всем протяжении войны. Поскольку штаты маневренно-хирургических групп не позволяли развертывать стационары для госпитализации раненых, приходилось выделять подвижные отделения из состава стационарных госпиталей. Такие импровизированные подвижные военно-морские госпитали применялись при обеспечении боевых действий по прорыву блокады в 1943 г. и во время наступательных операций 1944—1945 гг.

В начале войны имелись серьезные недостатки в организации медицинского обеспечения десантов. Они были следствием того, что командование нередко недооценивало роль медицинского обеспечения и не привлекало медицинских начальников к планированию операций. Медицинская служба ставилась в известность о предстоящем десанте за два-три часа до посадки на суда, не получала средств водной эвакуации раненых. По мере накопления опыта эти ошибки стали встречаться реже. В десантных операциях 1944—1945 гг. организация медицинского обеспечения улучшилась и стала соответствовать научно обоснованным медико-тактическим принципам работы медицинской службы в такого рода боевых действиях.

Из среды морских врачей Краснознаменного Балтийского флота в ходе войны выдвинулось много способных организаторов. Успешно руководил медицинской службой флота В. Р. Баудер. С июня 1943 г. медицинскую службу флота возглавил А. В. Смольников. Хирургическую помощь раненым морякам-балтийцам организовывали М. С. Лисицын, В. К. Лубо, А. П. Никитин, Н. В. Петров, Б. В. Пунин. Терапевтической помощью руководил Г. А. Смагин. Напряженную работу по предупреждению эпидемической заболеваемости в труднейших условиях блокады направляли П. А. Алисов, В. И. Иоффе, Г. И. Лебедев и Н. И. Славнин.

Самоотверженный труд медицинского состава флота в сочетании с четкой организацией работы лечебных учреждений и догоспиталь-

ных этапов медицинской помощи дали высокие результаты лечения раненых и больных моряков. По отчетным данным лечебных учреждений Краснознаменного Балтийского флота за период Великой Отечественной войны из военно-морских госпиталей и лазаретов было выписано годными к строевой службе 63,8% раненых и 20,4% раненых направлено в команды выздоравливающих. О результатах терапевтической работы красноречиво говорят 91,7% возвращенных в строй больных. Эти цифры свидетельствуют о том, что медицинская служба Краснознаменного Балтийского флота успешно выполнила свой долг перед Родиной.

* *
*

Война на Черном море началась воздушным налетом на Одессу и Севастополь на рассвете 22 июня 1941 г. В начале войны противник флота на Черном море не имел. Против военно-морских баз действовала авиация врага, сбрасывавшая авиабомбы и морские мины. Главную опасность для флота представляли сухопутные силы врага. 16 июля наши войска оставили Кишинев. Дунайская флотилия была вынуждена покинуть Дунай, перебазироваться в Одессу и Николаев. 21 августа части Очаковского сектора береговой обороны после упорных боев оставили Очаков. Одесса оказалась отрезанной от остальной территории страны. 19 августа был сформирован Одесский оборонительный район (ООР) в составе Одесской военно-морской базы и Приморской армии. Медицинскую службу ООР возглавил начальник медицинского отделения базы военврач 1-го ранга М. З. Зеликов. Начальником медицинской службы Приморской армии был военврач 1-го ранга Д. Г. Соколовский.

Медицинская служба ООР имела в своем распоряжении весьма ограниченные средства. На помощь морским и армейским были привлечены гражданские лечебные учреждения и санатории Одессы. Одесский военно-морской госпиталь после воздушного налета 22 июля был из порта переведен в более безопасный район города и на новом месте развернул 400 коек. Медицинские пункты береговых баз соединений кораблей разместились в подземных убежищах. Госпиталь был усилен прибывшими из Севастополя хирургами. На территории военного городка работал 50-коечный базовый лазарет. На всех транспортах и боевых кораблях, уходивших из осажденной Одессы, эвакуировались раненые — главным образом в Севастополь. За время обороны города было эвакуировано около 50 000 раненых и 300 000 гражданского населения.

На переднем крае обороны под огнем противника оказывали помощь раненым медицинские сестры частей морской пехоты М. Белоусова, Е. Дерюгина, М. Дунай, К. Емельянова, В. Козаченко и многие другие девушки-патриотки. Среди населения города получило широкое распространение добровольное донорство. В числе пятисот доноров, неоднократно сдававших кровь, была 60-летняя домохозяйка К. П. Субда.

2 октября силы оборонительного района нанесли противнику мощный удар и одновременно начали эвакуацию Одессы, продол-

жавшуюся две недели. Рубежи обороны удерживались до конца. Последние части покинули Одессу 16 октября. Транспорты, сопровождаемые боевыми кораблями и авиацией флота, благополучно прибыли в Севастополь. Раненые и медицинский состав лечебных учреждений были доставлены в Крым. Одесский морской госпиталь развернулся в Ялте, откуда вскоре был переведен в Туапсе.

30 октября начались боевые действия частей Севастопольского оборонительного района против подходивших к городу войск противника. Первое наступление немецко-фашистских войск было отбито. Севастопольский морской госпиталь размещался в старых зданиях на Павловском мыске. В начале июля в терапевтическое отделение попала большая фугасная бомба, к счастью не разорвавшаяся. Осколками и взрывной волной падавших на территорию госпиталя бомб были выбиты все стекла. В начале сентября прямым попаданием был разрушен физиотерапевтический корпус. Несмотря на такие условия работы, госпиталь с начала боевых действий по 5 ноября принял около 10 000 раненых и больных. Нередко поступало сразу по 300—400 раненых. Расположенное ближе других к причалу терапевтическое отделение было превращено в приемно-сортировочное, обеспечивавшее прием 120 чел. в 1 час. К началу сентября госпиталь развернул 760 коек, из них 495 хирургических. К концу октября госпиталь принимал раненых, поступающих прямо с переднего края обороны. Высокий уровень хирургической помощи раненым обеспечивался квалифицированными хирургами профессором Е. В. Смирновым, доцентом Б. А. Петровым, П. Л. Карповым и Н. Т. Надтока. С первых же дней войны для лечения раненых в госпитале широко применялась глухая гипсовая повязка, являвшаяся в тех условиях наиболее целесообразным методом лечебной и транспортной иммобилизации. Раненые находились в госпитале в среднем 8—9 дней, после чего направлялись в команды выздоравливающих или эвакуировались на Кавказ. Силами госпиталя эвакуируемые доставлялись на пристань, размещались на санитарно-транспортных судах и военных транспортах. Последние приходилось обеспечивать медицинским персоналом, предметами ухода за больными, бельем и всем необходимым для ухода за ранеными в пути.

В самом начале обороны Севастополя начальник медико-санитарного отдела флота бригврач С. Н. Золотухин поручил начальнику медицинского отделения базы оборудовать подземные помещения для военно-морских госпиталей. Были использованы благоустроенные заводом шампанских вин штольни в районе станции Инкерман. Силами медицинского персонала госпиталей и медсанотряда флота в штольнях был оборудован 550-коечный госпиталь с электрическим освещением, вентиляцией, водопроводом и канализацией. В первых числах ноября подземный госпиталь в Инкермане приступил к работе. Однако, штаб флота приказал эвакуировать из Севастополя все военно-морские госпитали. 5 ноября раненые и имущество подземного госпиталя были переданы находившемуся в этих же штольнях 47-му медико-санитарному батальону. Почти все госпитали, санэпид-лаборатория, медико-санитарный отряд и медико-санитарный отдел флота были размещены на санитарно-транспортном судне «Армения»,

направлявшемся на Кавказ. 7 ноября «Армения» была потоплена фашистским торпедоносцем.

После эвакуации морских госпиталей из Севастополя, весь поток раненых приняла на себя медицинская служба Приморской армии. Несмотря на то, что она имела большую госпитальную базу, количество поступавших раненых значительно превышало емкость ее госпиталей. Приходилось вести усиленную эвакуацию раненых на Кавказ, для чего был сформирован отряд санитарных транспортов. Морской медицинской эвакуацией занимался начальник медико-санитар-



В корабельной операционной.

ного отдела флота, оставшийся при командующем флота с небольшой группой работников отдела. В ноябре было эвакуировано по морю 11000 раненых. Кроме санитарно-транспортных судов, раненых принимали на боевые корабли и грузовые пароходы. Переход морем занимал двое суток. В пути делались перевязки и, при необходимости, хирургические вмешательства. С конца ноября морской медицинской эвакуацией из Севастополя руководил флагманский врач отряда санитарных транспортов В. И. Иванов. Медицинскую службу морского гарнизона Севастополя возглавлял М. З. Зеликов.

17 декабря противник начал новое наступление на Севастополь. В медицинские учреждения поступало ежедневно до 2500 раненых. В инкерманских штольнях за время второго штурма, продолжавшегося до 1 января 1942 г., скопилось 6000 раненых. Здесь их лечили врачи 8-й бригады морской пехоты, 47-го медико-санитарного батальона и пяти маневренно-хирургических групп Черноморского флота, прибывших в Севастополь 20 декабря. 28 декабря в Севасто-

поль прибыл 41-й военно-морской госпиталь. Напряженно работали лечебные учреждения Приморской армии.

В течение 26—30 декабря кораблями Черноморского флота и Азовской флотилии был высажен десант 44-й армии в Феодосию и 51-й армии в Керчь. Освободив Керченский полуостров, десант отвлек крупные силы врага от Севастополя. Организация медицинского обеспечения десантной операции такого масштаба требовала мобилизации значительных сил и средств медицинской службы и умелого их использования. Этим занимался медико-санитарный отдел флота под руководством прибывшего на Черноморский флот начальника Медико-санитарного управления ВМФ бригаврача Ф. Ф. Андреева. Флагманским врачом высадки был назначен военврач 2-го ранга Синани, находившийся в ходе операции вместе с Ф. Ф. Андреевым на крейсере «Красный Кавказ». Флагманский врач отряда транспортов военврач 2-го ранга Жодик находился на одном из эсминцев. Для базы высадки были сформированы 2 десантных медицинских отряда. На десантные суда были назначены 3 маневренно-хирургические, 5 врачебных и 12 фельдшерских групп. В военно-морских госпиталях и лазаретах были развернуты дополнительные койки для приема раненых из состава десанта.

Медицинская служба десантных войск предполагала высадить на каждом плацдарме по медико-санитарному батальону. Но из-за тяжелой ледовой обстановки у Камыш-Буруна высадить медико-санитарный батальон не удалось, а предназначенный для высадки у Феодосии медико-санитарный батальон был уничтожен вражеской авиацией. На обоих плацдармах раненые оказались без квалифицированной помощи. Флагманский врач дивизиона канонерских лодок военврач 3-го ранга Дроздов, прибывший в Камыш-Бурун 29 декабря, принял на канлодку 47 раненых, находившихся у местного населения, и доставил их в Тамань. На следующий день этой же канлодкой было эвакуировано из Керчи 480 раненых. Оперативная группа санитарного отдела 51-й армии, прибывшая в Керчь 1 января, развернула лечебные учреждения в городской больнице, поликлинике и школах, куда были доставлены сотни раненых, находившиеся у жителей Керчи. В Феодосии медицинскую помощь раненым оказывали десантный медицинский отряд, высадившийся с первым броском, и корабельная хирургическая группа с транспорта «Ташкент», высадившаяся несколькими часами позже. После оказания помощи раненым разместили на транспортах «Ногин», «Зырянин», «Жан Жорес» и «Азов», которые и доставили их на Кавказское побережье. С 5 января в Феодосии начал работать лазарет, принимавший раненых из десантных войск и эвакуировавший их по морю. За время операции из Феодосии было эвакуировано на Кавказ более 70 000 раненых. Из Керчи на Таманский полуостров и на Кавказ — около 10 000.

Керченско-Феодосийская операция облегчила положение Севастополя. До середины мая 1942 г. активных боевых действий здесь не велось. В апреле территория осажденного гарнизона была очищена, приведены в порядок водоисточники, оборудованы выгребные ямы, заболоченные участки местности засыпаны или подвергнуты нефтеванию. В марте был переведен в Севастополь филиал бывшего

Севастопольского госпиталя. Он развернулся на Максимовой Даче на 300 коек. Прибыла в Севастополь оперативная группа медико-санитарного отдела флота. 30 мая она была реорганизована в медицинский отдел Оборонительного района. Начальником отдела был назначен военврач 1-го ранга М. З. Зеликов.

К этому времени морские госпитали, лазареты, медицинские пункты частей морской пехоты имели в Севастополе 1115 стационарных коек. Лечебные учреждения Приморской армии — 5800 коек.



Медицинская сестра морской пехоты оказывает первую помощь раненому.

Значительная часть госпиталей и медицинских пунктов находилась в подземных сооружениях — штольнях Инкермана, бухты Голландия, Корабельной стороны, Юхариной балки. В Камышовой и Казачьей бухтах были оборудованы новые санитарные пристани. Емкость военно-морских госпиталей была увеличена. В помещениях флотского экипажа развернулся батальон выздоравливающих на 500 мест. Лечебные учреждения Приморской армии были перемещены в более защищенные места, с учетом опыта предшествовавших боев.

7 июня противник начал третий штурм Севастополя. Несмотря на усиленную эвакуацию, к середине июня в медицинских учреждениях Севастопольского оборонительного района скопилось до 12 000 раненых. Основной госпитальной базой были инкерманские штольни. Здесь работали ВМГ 41, 4 бригадных медицинских пункта морской пехоты и 3 медико-санитарных батальона. Были использованы все возможности для увеличения емкости подземного госпитального города, так как другие медицинские учреждения, развернутые на поверхности,

были уничтожены воздушной бомбардировкой и артиллерийским огнем противника.

В конце июня обстановка чрезвычайно осложнилась. Даже подземные помещения не обеспечивали надежной защиты. В штольнях, где размещался ВМГ 41, 25 июня перестала работать вентиляция, погас электрический свет. Штольни заполнились дымом от близких разрывов снарядов, бомб и пожаров. Хирурги работали при свете керосиновых ламп. Отказал водопровод. С риском для жизни доставляли морскую воду для мытья. Раненых поили чайными ложками. На двухъярусных койках и в проходах между ними было размещено около 1000 раненых — вдвое больше, чем предполагалось по самым скромным гигиеническим нормам. Медицинский персонал работал с максимальным напряжением всех своих физических и духовных сил. Отдыхали только при полном изнеможении, подстилая шинели на полу в конце штольни, так как все тюфяки были использованы для раненых. Такая обстановка была повсюду. В МСБ 47 находилось до 3000 раненых. Часть их не помещалась в убежищах и ожидала своей очереди на открытой площадке перед штольнями. ВМГ 40 на Максимовой Даче с началом бомбардировки укрыл раненых и личный состав в подземном помещении. Наземное здание госпиталя через 2 часа превратилось в груды развалин. Под зданием учебного отряда в низких узких галлереях размещалось до 800 раненых.

Авиация, торпедные катера и подводные лодки противника стремились блокировать Севастополь с моря. 10 июня фашистские самолеты потопили санитарно-транспортное судно «Абхазию», 13 июня — «Грузию». 19 июня торпедные катера потопили транспорт «Белосток». Дальнейшая эвакуация раненых на транспортах стала невозможной и велась только на боевых кораблях — крейсерах, эсминцах, тральщиках, даже на подводных лодках. Около 1500 раненых было вывезено самолетами, взлетающими под вражеским огнем. Последняя эвакуация раненых была произведена 27 июня, когда лидер «Ташкент» принял 2200 раненых. К началу июля в Камышовой и Качачьей бухтах под защитой скалистого берега скопилось около 10 000 раненых, с ними находился медицинский состав лечебных учреждений флота и Приморской армии.

Озверевшими фашистами большинство раненых и врачей было расстреляно, в том числе начальник медицинской службы Севастопольского оборонительного района военврач 1-го ранга М. З. Зеликов, главный хирург Приморской армии военврач 1-го ранга проф. В. С. Кофман, эпидемиолог армии Н. А. Гринберг, терапевт армии Д. И. Семенов, начальник ВМГ 41 Злотников. Главврач ВМГ 40 Г. М. Прицкер и старший политрук Иващенко, окруженные врагами, защищались до последнего патрона, который использовали для себя. Оставшиеся в живых испытали весь ужас фашистских лагерей смерти.

В сообщении Военного Совета Приморской армии говорилось: «Личный состав санитарной службы армии, верный своему долгу и присяге, оставаясь до конца, погиб почти весь... Отдав свой долг стране и народу до конца, командиры и рядовой состав санитарной службы показали, наряду с остальным составом армии, всю доблесть, мужество и отвагу, на какую способен русский народ, отстаивая свою

свободу и независимость в смертельной борьбе с лютым врагом. Земля Севастополя, на которой, медленно истекая кровью, дралась и уничтожала врага Приморская армия, будет вечным свидетелем беззаветного героизма и глубокой преданности личного состава армии, а в том числе и светлой памяти работников санитарной службы»¹. Эти слова можно полностью отнести и к медицинскому составу лечебных учреждений, частей и соединений флота, защищавших Севастополь. Своим массовым подвигом медики Севастополя вписали новую славную страницу в историю советской военно-морской медицины.

Правый фланг немецкой армии после захвата побережья Азовского моря вышел к Черному морю в районе Цемесской бухты. 10 сентября 1942 г. немцам удалось захватить Новороссийск. Фронт под Новороссийском стабилизировался, но над узкой полосой побережья от Новороссийска до Сухуми к горным перевалам вышли части противника, пытавшиеся прорваться к побережью со стороны Северного Кавказа. Вместе с войсками Северо-Кавказского фронта на защиту Кавказа встала морская пехота. Над горными перевалами морские летчики бомбили врага не только на колесных самолетах, но и на летающих лодках.

Лечебно-эвакуационное обеспечение боевых действий частей морской пехоты по обороне Таманского полуострова осуществляли Новороссийский военно-морской госпиталь (ВМГ 43), перешедший в середине августа в штольни цементного завода, а после оставления Новороссийска развернувшийся в Геленджике, базовые лазареты и 3 маневренно-хирургические группы. За время боев на полуострове ими было принято более 1000 раненых. Эвакуация раненых велась грузо-пассажирскими пароходами и автотранспортом армии в Туапсе, где их принимал ВМГ 44. Сюда же поступали раненые с горных перевалов, где шли ожесточенные бои. Из Туапсе раненые эвакуировались по железной дороге в Сочи. Здесь с декабря 1941 г. работал главный госпиталь флота — ВМГ 40, б. Севастопольский. Он выполнял роль не только лечебного учреждения, но и учебного и научного центра. Хирург флота доцент Б. А. Петров и старший хирург госпиталя профессор Е. В. Смирнов проводили огромную консультативную работу в сочинских госпиталях, читали лекции для прикомандированных к госпиталю врачей, провели научную конференцию с врачами эвакуационных госпиталей. В сентябре 1942 г. госпиталь перебазировался в Тбилиси. На его месте развернулся ВМГ 44.

В период обороны Кавказа большое количество раненых поступало в Поти. Военно-морские госпитали № 41 и 45 Потийской военно-морской базы развернули 900 коек. На станции Ланчхути работал инфекционный ВМГ. В 18 км от Поти на реке стоял транспорт «Советская Буковина», на котором размещался базовый лазарет № 51. Лечебные учреждения флота находились также в Батуми (ВМГ 46), Очамчири (БЛ 53), Сухуми (БЛ 57). Морские госпитали имели недостаточное количество коек и были переполнены ранеными, поступава-

¹ Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя. М., 1943, стр. 10—11.

шими не только из частей флота, но и с фронта. Несмотря на наличие специализированных отделений и высокий уровень лечебной работы, количество возвращенных в строй раненых моряков было в этот период небольшим, так как сроки госпитализации пришлось сократить до 3—5 дней, а 90% раненых эвакуировались в тыловые госпитали. По свидетельству бригаврача А. М. Зотова, возглавившего медицинскую службу Черноморского флота в феврале 1942 г., значительная часть раненых и больных моряков могла бы лечиться в военно-морских госпиталях до выздоровления, при наличии достаточного количества коек.

В начале января 1943 г. Закавказский фронт перешел в наступление. 4 февраля черноморцы совместно с частями 47-й армии высадили десант на Мысхако — к западу от Новороссийска. При подготовке десантной операции были заблаговременно выделены средства морской медицинской эвакуации, сформированы 3 десантных медицинских отряда во главе с врачами М. Г. Вагановым, М. А. Зильберштейн и З. Ф. Кирюхиной. В составе демонстративного десанта 323-го батальона морской пехоты в район Станички находился военврач 3-го ранга А. И. Лупенко. Десант высадился успешно. К 15 февраля на плацдарме работали 2 десантных медицинских отряда, 3 медико-санитарные роты морской пехоты, врачи демонстративного десанта, танкового батальона и парашютного полка. 20 февраля на плацдарме развернулись ГПЭП 128 и ХППГ 5199. При налете авиации противника погибли врачи М. Б. Ваганов и З. Ф. Кирюхина. Десантными медицинскими отрядами было принято около 3000 раненых, которые были эвакуированы в Геленджик на мотоботах и сейнерах. Десант на Мысхако оттянул от сухопутного участка фронта под Новороссийском значительные силы противника. Бои на плацдарме приняли ожесточенный и затяжной характер. Обе стороны несли большие потери. За 7 месяцев было эвакуировано с плацдарма в Геленджик более 23 000 раненых.

16 сентября 1943 г. совместным ударом частей Северокавказского фронта с суши, с плацдарма и высадкой десанта в порт был освобожден Новороссийск. В пункты высадки были направлены фельдшерские группы, действовавшие под огнем противника. Начальник медицинской службы базы высадки капитан медицинской службы Л. С. Войцеховский тоже работал под обстрелом, пока не перенес медицинский пункт в штольню цементного завода. После соединения с наступавшими с фронта частями началась эвакуация по грунту в Геленджик.

В ночь на 1 ноября Черноморский флот и Азовская флотилия высадили оперативный десант на Керченский полуостров. Части 56-й армии высаживались на северо-восточном побережье полуострова. Десантные медицинские отряды развернулись в штольне крепости Опасная и поселке Глейки, где оказывали раненым первую врачебную помощь. На следующие сутки высадился медико-санитарный батальон, а к 14 ноября на плацдарме развернулся головной полевой эвакуационный пункт.

Высадка частей 18-й армии в район Эльтигена проходила под огнем противника. Эльтиген был занят, но сильный шторм на море

воспрепятствовал дальнейшей высадке. После тяжелых боев десант прорвался из окружения и в ночь с 6 на 7 декабря вышел к Керчи, закрепился на горе Митридат, откуда кораблями Азовской флотилии было эвакуировано на косу Чушка 1780 десантников, в том числе 420 раненых. В ходе этой тяжелой операции медицинская служба оказалась в очень сложных условиях. С 7 ноября прекратилась эвакуация раненых из района высадки. Запас медикаментов и перевязочного материала был израсходован. Медицинские сестры и санитарки морской пехоты стирали ночью в море бинты. Медицинская сестра Г. К. Петрова проявила исключительную отвагу. Она повела бойцов морской пехоты в атаку, в бою оказала помощь 80 раненым, за что была удостоена звания Героя Советского Союза. В последующих боях на плацдарме она погибла. Другая участница десанта санитаринструктор Е. И. Михайлова была награждена орденом Красного Знамени. Подвиги этих девушек вошли в летопись Великой Отечественной войны и стали широко известны.

После освобождения Крыма в Ялту прибыли медико-санитарное отделение и санэпидлаборатория Севастопольской военно-морской базы; ВМГ 46, ВМГ 58 и БЛ 55. Санитарно-эпидемиологическая обстановка в Севастополе была неблагополучной. Город лежал в развалинах, среди которых тысячи трупов отравляли воздух, а масса крыс и рои мух распространяли заразу. Водопровод и канализация не действовали. Под руководством эпидемиолога флота профессора Я. К. Гиммельфарба, врачей и фельдшеров кораблей и частей была произведена очистка территории. Было убрано пять тысяч трупов немецких солдат, сожжено шесть тысяч трупов лошадей, перезахоронены тела наших солдат, матросов и офицеров, проведены дератизационные и дезинсекционные мероприятия.

В сентябре 1944 г. боевые действия Черноморского флота закончились. В боях на Дунае участвовала сформированная в октябре Дунайская флотилия, которую обеспечивали прибывший 26 августа в Измаил военно-морской госпиталь и продвигавшиеся вместе с флотилией вверх по Дунаю две маневренно-хирургические группы.

Подводя итог медицинскому обеспечению Черноморского флота в годы Великой Отечественной войны следует указать, что здесь, также как и на Балтике, в начальный период войны медицинской службе флота пришлось заняться медицинским обеспечением боевых действий на суше по обороне военно-морских баз и массовой медицинской эвакуацией по морю, к чему она оказалась недостаточно подготовленной.

Оборонительные бои под Одессой, Севастополем, Новороссийском и в ряде других пунктов базирования флота показали, что военно-морские базы должны иметь надежно защищенные от авиабомб и снарядов подземные госпитали, лазареты и медицинские пункты. Ни одна военно-морская база их не имела. В ходе войны силами медицинского персонала пришлось приспособлять штольни, тоннели, подземелья старых крепостей для укрытия раненых. Особенно важную роль они сыграли в Севастополе, где в подземных лечебных учреждениях были вылечены и возвращены в строй десятки тысяч раненых.

Морская медицинская эвакуация по Черному морю в массовом масштабе не планировалась. Считалось, что перевозки раненых по морю будут лишь в пределах акватории отдельных военно-морских баз, а основными путями эвакуации раненых в тыл страны будут железные и шоссейные дороги. В действительности оказалось наоборот: морская медицинская эвакуация приобрела первостепенное значение, причем медицинской службе флота пришлось обеспечивать эвакуацию не только моряков, но и больших контингентов раненых



Руководители медицинской службы ВМФ и ЧФ с личным составом санитарно-транспортного судна «Львов».

из приморских группировок сухопутного фронта и десантных войск. Вначале для эвакуации раненых были оборудованы два санитарных транспорта, но этого оказалось совершенно недостаточно. Потребовалось срочно организовать отряд санитарных транспортов, но и он не смог обеспечить перевозку всех раненых. По данным С. Н. Лещинского, из 60 000 раненых, эвакуированных из Севастополя, санитарными транспортами было вывезено всего 24 000, а остальные — на боевых кораблях и грузовых пароходах.

Во время войны Черноморский флот провел большое количество десантных операций, в том числе несколько десантов оперативного значения. Опыт медицинского обеспечения черноморских десантов весьма поучителен по разнообразию масштабов и условий их проведения.

Система лечебно-эвакуационного обеспечения Черноморского флота строилась в расчете на максимальное приближение квалифици-

рованной и специализированной помощи к раненым. Однако, боевая обстановка вынуждала сокращать сроки пребывания раненых и больных в госпиталях, вести усиленную эвакуацию и неоднократно передислоцировать стационарные госпитали. Опыт войны показал, что флот должен располагать достаточно мощной госпитальной базой, расположенной в соответствии с системой базирования, что стационарные многопрофильные госпитали должны быть заблаговременно оборудованы и что, наряду со стационарными, флоту нужны подвижные лечебные учреждения и лазареты для лечебно-эвакуационного обеспечения маневренных баз, десантных операций и обороны побережья во взаимодействии с сухопутными войсками.

В ходе войны медицинская служба Черноморского флота понесла большие потери. В Севастополе, в десантах и на потопленных врагом санитарных транспортах погибло более 500 офицеров медицинской службы. Врачи, сестры, санитарки, борясь за жизнь раненых, оставались на своем посту до конца. Так погибли начальник санитарно-транспортного судна А. А. Николаев, хирург санитарного транспорта В. А. Итин, врачи санитарного транспорта П. Г. Злой и И. П. Лебедев, операционная сестра М. Ерохина, санитарки Т. Годунова, О. Драй и др. Героические подвиги черноморских медиков были отмечены высокими правительственными наградами. Военно-морские госпитали № 40 и 43 и санитарно-транспортное судно «Львов» были награждены орденом Красного Знамени. Большое количество медицинских работников лечебных учреждений, кораблей и частей флота, проявивших высокое понимание своего служебного долга, мужество и отвагу было награждено орденами и медалями.

* *
*

Базы Северного флота подверглись нападению вражеской авиации 22 июня 1941 г. Боевые действия на сухопутном фронте начались здесь 28 июня. К 18 октября наступление гитлеровцев было остановлено на рубеже реки Западная Лица. Дальше этого рубежа фашисты на Севере не прошли.

Медицинскую службу Северного флота возглавлял бригаврач И. А. Толкачев. Хирургом флота был бригаврач доцент Д. А. Арапов, эпидемиологом — военврач 1-го ранга Н. Н. Спасский, терапевтом — военврач 1-го ранга проф. Б. Н. Рубинштейн. Медико-санитарный отдел и главный госпиталь флота находились в Мурманске. Основные силы флота базировались в Полярном, где также был госпиталь. С началом боевых действий госпитали и лазареты были расширены. Основной поток раненых шел на военно-морские госпитали в Мурманске и Полярном. Оба госпиталя были переполнены ранеными. 22 августа в здание Мурманского госпиталя попали авиабомбы. Он был переведен в другое помещение. В Полярном впоследствии была оборудована штольня в скале под хирургическое отделение с операционным блоком.

Еще во время советско-финляндской войны 1939—1940 гг. на Баренцовом море действовало госпитальное судно «Воронеж». Предполагалось, что «Воронеж» и санитарно-транспортное судно «Вятка»

будут снова использованы на Баренцовом море. Однако обстановка вынудила этот план изменить. Противник перерезал железнодорожное сообщение Мурманска с тылом страны, в связи с чем возникла необходимость в массовой эвакуации раненых по Белому морю из Кандалакши в Архангельск. Для этой цели кроме указанных двух судов были приспособлены пассажирские пароходы. В навигацию 1941 г. они сделали 79 рейсов, эвакуировав из Кандалакши 19 000 раненых.

Для эвакуации раненых с полуострова Рыбачий на Полярный и Мурманск были приспособлены дрейтерботы — небольшие рыболовные суда. В рыбном трюме и кормовой надстройке размещалось 25—30 лежащих раненых. В пути раненых сопровождал санинструктор. Три дрейтербота на этом участке в 1941 г. было эвакуировано около 6000 раненых. Команды дрейтерботов выполняли свою задачу самоотверженно, подвергаясь атакам фашистских стервятников, артиллерийскому и даже ружейно-пулеметному обстрелу с берега. 4 августа 1941 г. авиацией противника в Мотовском заливе был потоплен дрейтербот «Кекур».

Медицинская служба Северного флота в начале войны резерва личного состава в своем распоряжении не имела. Поэтому, когда потребовалось срочно сформировать медицинские учреждения Иоканкской военно-морской базы, они были укомплектованы офицерами медико-санитарного отдела флота. В сентябре таким же путем было укомплектовано медико-санитарное отделение Беломорской флотилии, созданной для охраны коммуникаций в Белом, Карском и Баренцовом морях. В базах флотилии — Архангельске и Иоканке — лазареты были переведены на штаты госпиталей. Действовавшие на Белом море санитарные транспорты были переданы в ведение флотилии. 10 декабря 1941 г. было создано управление отряда транспортов.

Санитарно-эпидемическое состояние флота с началом боевых действий ухудшилось. Наиболее трудные условия были на торпедных катерах и малых охотниках, экипажи которых размещались в землянках или в тесных, неотапливаемых кубриках катеров. Нехватало бань для систематической санитарной обработки личного состава, а кое-где их вообще не было. Уже осенью 1941 г. начались затруднения в снабжении флота картофелем и другими овощами. Появились гиповитаминозы, желудочно-кишечные, кожные и простудные заболевания. Инфекционных госпиталей до войны на флоте не было. Лишь в начале войны был сформирован инфекционный госпиталь в Мурманске и развернуты инфекционные отделения в других госпиталях.

В первые месяцы войны авиация противника большими группами совершала налеты на аэродромы, военно-морские базы и корабли, пользуясь условиями круглосуточного полярного дня. Отражая воздушные налеты противника, летчики-истребители флота производили по 6—8 боевых вылетов в течение суток, что было связано с огромным физическим и нервно-психическим напряжением. Для восстановления сил летного состава медицинская служба ВВС флота, возглавляемая опытным специалистом бригаврачом А. Я. Громовым, организовала дома отдыха для летного состава. Почти во всех авиагарнизонах квалифицированных хирургов не было. Приходилось раненых

эвакуировать в госпитали. В этот период личный состав авиации флота получал ранения на аэродромах при налетах вражеской авиации и в воздушных боях. Для оказания помощи аварийным самолетам было организовано дежурство санитарных, сторожевых и торпедных катеров, а также гидросамолетов в зоне полетов колесной авиации над морем. Дежурные катера спасли немало экипажей поврежденных самолетов.

Санитарные потери личного состава надводных кораблей в начале войны возникали главным образом при налетах авиации противника и при подрыве судов на минах, сброшенных самолетами. На эсминцах, медицинская служба которых возглавлялась фельдшерами, в конвойных операциях приходилось нередко оказывать помощь раненым с тонувших транспортов.

Медицинскую службу бригады подводных лодок Северного флота возглавлял военврач 2-го ранга С. С. Гусинский. На лодках, совершавших боевые операции на морских коммуникациях противника, плавали фельдшеры. Для профилактики переутомления личного состава подводных лодок вследствие интенсивной боевой деятельности был организован дом отдыха. Медицинская служба активно вмешивалась в снабжение подводников обмундированием, организацию питания, контролировала состояние регенерационных установок и других систем лодки, от исправности которых зависело состояние здоровья и боеспособности экипажа.

В конце апреля 1942 г. Северный флот провел десантную операцию в Мотовском заливе. В ночь на 28 апреля сторожевые катера и тральщики высадили в тылу противника 12-ю бригаду морской пехоты. Десант продвинулся в глубь побережья на 10 км и на пятый день операции, в связи с неудачей одновременного наступления войск с фронта, перешел к обороне. Внезапное и резкое похолодание поставило десантников в тяжелое положение, так как ни жилья, ни топлива в районе десанта не было, люди были одеты легко, не имели возможности обогреться, просушить обмундирование и получить горячую пищу. К потерям ранеными с 6 мая прибавились значительные потери от обморожений, снежной слепоты и простудных заболеваний. В течение 11—13 мая десант был отведен к берегу, принят на корабли и возвращен на свою базу.

Медико-санитарный отдел флота был поставлен в известность о готовящемся десанте менее, чем за сутки до начала операции. Были сформированы 3 десантных медицинских отряда, бригаде была придана медико-санитарная рота в составе 78 чел., в том числе 7 хирургов. Рота имела достаточное количество имущества, но в виду полного бездорожья было взято только то, что можно было уложить в лодочки-волокуши и тащить на себе. Медико-санитарная рота высадилась вместе с частями бригады и развернулась на берегу. Вскоре после высадки на плацдарм было доставлено 125 оленей с каюрами для вывоза раненых на бригадный медицинский пункт. Палатки быстро заполнились ранеными. Оперировать в тесноте было невозможно, пришлось ограничиться первой врачебной помощью. Эвакуация раненых с плацдарма велась двумя дрейфтерботами, сторожевыми кораблями, тральщиками и катерами, но из-за шторма, разыгравшегося

7 мая, она была временно приостановлена. Госпитали в Полярном и Мурманске, куда поступали раненые десантники, работали с трехкратной перегрузкой.

В конце июля 1942 г. морские бригады, артиллерийские и другие части, оборонявшие полуострова Рыбачий и Средний, вошли в состав Северного оборонительного района. На полуострове Среднем был развернут нештатный лазарет. На Рыбачьем находился ППГ 2215, перешедший в подчинение флота. Поскольку Северный оборонительный район был отрезан от своих тылов и мог рассчитывать только на морской путь эвакуации, ППГ 2215 имел большое значение для лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий.

В июле — октябре 1942 г. из Владивостока на Северный флот по северным морям совершили переход несколько кораблей Тихоокеанского флота. Во время перехода хирургом В. И. Кривошеевым, находившимся на эсминце «Разумный», было произведено несколько аппендэктомий и хирургических вмешательств по поводу травм. В сентябре 1942 г. из Владивостока через Тихий океан, Панамский канал и Атлантику в Полярный вышли подводные лодки. Медицинская служба лодок была укомплектована фельдшерами. В тропиках температура в отсеках доходила до 40—45°. На вахте приходилось стоять в одних трусах. Питались только фруктами, от горячей пищи все отказывались. От раздражения кожи обильным потоотделением при невозможности помыться (из-за ограниченного запаса воды) и сменить белье у многих подводников появились дерматиты и фурункулы. Быстрый переход из тропиков на Крайний Север вызвал массовые простудные заболевания.

Лечебные учреждения флота в мае 1942 г. значительно увеличили свою емкость в связи с наступательной операцией и десантом. Так, Мурманский госпиталь развернул 1000 коек. Инфекционный госпиталь был использован для лечения обмороженных. Значительная часть раненых поступала из частей 14-й армии. Ввиду перегрузки госпиталей сроки пребывания раненых в них были сокращены за счет усиления эвакуации в тыл страны. Одной из причин увеличения эвакуации была беспокойная обстановка, сложившаяся в прифронтовом районе. В июне 1942 г. авиация противника произвела два массированных налета на Мурманск. Госпиталь из Мурманска перебазировался. Главным госпиталем флота стал ВМГ в Полярном. Морская медицинская эвакуация велась теми же средствами, что и в 1941 г. Осенью 1942 г. отряд санитарных транспортов Беломорской флотилии был расформирован в связи с возобновлением железнодорожного сообщения с тылом страны по вновь построенной дороге Беломорск-Обозерская.

После Сталинградской битвы Красная Армия вырвала у немцев стратегическую инициативу. Это не могло не сказаться и на положении в Заполярье, хотя в 1943 г. здесь не произошло существенных перемен. Активную боевую деятельность вели эсминцы, поддерживавшие огнем своей артиллерии приморский фланг 14-й армии, сопровождавшие конвои и выполнявшие минные постановки. Фельдшерам этих кораблей приходилось оказывать помощь спасенным с поврежденных транспортов. Раненых доставляли в один из фельдшерских медпунктов, а дальше — в ППГ 2215. Торпедными катерами было спасено

18 летчиков, выбросившихся в море с поврежденных самолетов. Гидросамолеты спасли 11 и санитарные катера — 7 чел. летного состава.

В лечебные учреждения флота в 1943 г. раненых поступило в 3 раза меньше, чем в 1942 г. Средняя продолжительность лечения раненых увеличилась. В тыл эвакуировались лишь раненые, нуждавшиеся в длительных сроках лечения. Вернулось в строй в этом году из лечебных учреждений флота 71,6% раненых и 95,5% больных. В докладе начальника Медико-санитарного управления ВМФ на IV пленуме Ученого медицинского совета была дана высокая оценка лечебно-



Н. М. Шверник с медицинским составом госпиталя в Полярном.

эвакуационного обеспечения Северного флота в 1943 г. Однако обстановка для лечения раненых оставалась здесь неблагоприятной. Продолжались налеты вражеской авиации. В январе 1943 г. Мурманский ВМГ из-за воздушных налетов снова был перебазирован.

1944 год был годом изгнания немецко-фашистских захватчиков из Заполярья. 7 октября войска Карельского фронта и Северный флот перешли в наступление. С полуострова Средний наносила удар 12-я бригада морской пехоты. 63-я бригада морской пехоты высадила десант на берегу залива Маттивуоно. Высадка прошла почти без потерь. Из медико-санитарной роты 12-й бригады раненые эвакуировались в ППГ 2215 и далее плавсредствами на Полярный. 13 октября торпедные и сторожевые катера высадили в порту у Линахамари пулеметный батальон и отряд морской пехоты. Медицинские пункты отряда и пулеметного батальона, возглавляемые врачами, оказывали медицинскую помощь раненым в течение двух суток, после чего подошли наступавшие по суше части и раненые были переданы в медико-санитарную роту бригады морской пехоты. В октябре в резуль-

тате совместных действий 14-й армии и частей Северного флота были освобождены Печенга и Киркенес. Остатки разгромленной немецкой группировки эвакуировались в Германию. Боевые действия на сухопутном фронте в Заполярье закончились. Однако атаки подводных лодок на наши конвои не прекратились. В конце 1944 и начале 1945 г. было потоплено и повреждено несколько кораблей.

В ходе Печенгской операции пароходом «Сосновец» в Мурманск было эвакуировано большое количество раненых из частей 14-й армии. Лечебно-эвакуационное обеспечение боевых действий Северного флота в 1944 г. было организовано лучше, чем в предыдущие годы.

Большинство раненых и больных в 1944 г. получили квалифицированную и специализированную помощь своевременно. Стационарное лечение проходило в спокойной обстановке.

На самом северном фланге фронта Великой Отечественной войны в суровых условиях Заполярья мужественно выполнял свой долг перед Родиной медицинский состав Северного флота. Из года в год совершенствовалось лечебно-эвакуационное обеспечение флота, улучшалось медицинское обеспечение боевых действий. Высоко оценивая результаты этого самоотверженного труда, следует указать на ряд недостатков медицинского обслуживания флота. Коечный фонд госпиталей Северного флота был недостаточным, что сказывалось каждый раз при обеспечении активных боевых операций. Специализированная медицинская помощь раненым была организована только в 1944 г. Дислокация госпиталей флота не всегда соответствовала оперативной обстановке. Медицинская служба флота не располагала санитарной авиацией, тогда как в условиях Заполярья она была крайне необходима.

* *
*

Тихоокеанский флот принял участие в боевых действиях лишь в августе — сентябре 1945 г. в войне с империалистической Японией. 9 августа началось одновременное наступление советских войск из Забайкалья, района Хабаровска и Приморья. Флот развернул операции вдоль побережья Кореи, Сахалина и Курильских островов. 12 августа морской десант занял порт Расин, 14 августа — Сейсин. Были высажены десанты на острова Сюмусю и Парамушир. 28 августа была освобождена южная часть Сахалина, а 1 сентября — Курильские острова. 2 сентября Япония подписала акт о безоговорочной капитуляции.

В предвидении активных наступательных действий флота и необходимости развертывать лечебные учреждения в пунктах временного его базирования были сформированы подвижные средства медицинского обеспечения — госпитали, лазареты, маневренно-хирургические группы.

На подготовку к десанту в Расин медицинская служба получила 4 часа. За счет госпиталя и медсанотряда флота был сформирован десантный медицинский отряд. При высадке 12 августа он развернулся в складском помещении у причала. Раненых было немного. После оказания помощи они были эвакуированы плавсредствами во

Владивосток. 16 августа в Расин прибыл ХППГ, а 20 августа — госпиталь и санэпидлаборатория военно-морской базы.

Десант в Сейсин высаживался тремя эшелонами. В ночь на 14 августа высадился батальон морской пехоты. Противник предпринял сильную контратаку и потеснил моряков. Врач батальона Больдин оказывал раненым помощь и эвакуировал их на сторожевой корабль, где работала маневренно-хирургическая группа. Фельдшер Гаркавенко с группой раненых попал в окружение. Под ружейно-пулеметным огнем противника перевязывали раненых санинструктор Касьяненко, санитарки Лопатина и Цуканова.

15 августа в Сейсине высадилась бригада морской пехоты, занявшая город. Медицинская служба бригады развернула в городской больнице медицинский пункт, куда сначала на носилках, а затем на машинах доставлялись раненые десантники. В работу по оказанию им помощи включилась маневренно-хирургическая группа, до этого работавшая на сторожевом корабле. После оказания квалифицированной помощи транспортабельные раненые эвакуировались на боевых кораблях во Владивосток. 19 августа в Сейсине высадился третий эшелон десанта — стрелковая дивизия.

Воздушный десант, высаженный 23 августа в Порт-Артур на летающих лодках, приводнился в заливе, когда город уже был занят частями Красной Армии. В Порт-Артуре была сформирована военно-морская база с медицинским отделением, госпиталем и другими медицинскими учреждениями.

Северная Тихоокеанская флотилия высаживала десанты во взаимодействии с войсками 2-го Дальневосточного фронта на Южный Сахалин и Курильские острова. С 15 по 20 августа были последовательно заняты порты Южного Сахалина Торо, Эсутору и Усиро. Затем были высажены десанты в порты Маока и Отомари. При высадке десантов раненых было немного. Они обслуживались десантным медицинским отрядом, находившимся вначале на сторожевом корабле «Зарница», затем высадившимся в Торо и 20 августа перемещенным в Эсутору. При высадке в Маока батальона морской пехоты медицинскую помощь раненым оказывал санитарный взвод батальона. При взятии 23 августа Отомари раненых не было. Вместе с десантом в Отомари высадились медицинское отделение, лазарет и санэпидлаборатория.

Десант на остров Шумшу был высажен 18—23 августа силами Камчатского оборонительного района. Начальник медицинской службы был предупрежден о десанте за трое суток. Им было сформировано два десантных медицинских отряда, маневренно-хирургическая группа и санитарно-транспортные средства. Все эти формирования вместе с медико-санитарным батальоном 101-й стрелковой дивизии и полевым госпиталем были приняты на краболов «Менжинский», на котором находился начальник медицинской службы Камчатского оборонительного района майор медицинской службы Карев, руководивший медицинским обеспечением во время высадки десанта.

В составе батальона морской пехоты, высадившегося в первом броске, находились 1 врач, 4 фельдшера и 3 санинструктора. Развернутый ими батальонный медицинский пункт вынужден был работать

под огнем противника. Раненые до берега переносились на носилках на расстояние 4—5 км. На боевых катерах их доставляли на «Менжинский», выполнявший роль санитарного транспорта. 19 августа «Менжинский» с ранеными отплыл в Петропавловск. После этого раненые доставлялись на плавбазу «Север», которая также доставила раненых в Петропавловск.

Занятые морскими десантами портовые города Кореи, Южного Сахалина и Курильских островов находились в антисанитарном состоянии: всюду валялись неубранные трупы животных, территория была сильно загрязнена нечистотами, множество мух, разрушенные водопроводы и канализация угрожали распространением инфекционных заболеваний, требовали проведения энергичных мер по очистке территории и противоэпидемической защите личного состава. Вся эта работа была проведена в весьма сжатые сроки, в результате чего опасность возникновения эпидемических заболеваний была ликвидирована.

Краснознаменная Амурская флотилия в ходе боевых действий обеспечивала форсирование рек Амура, Уссури, Сунгари и озера Ханка войсками 1-го и 2-го Дальневосточных фронтов, поддерживала их наступление артиллерийским огнем кораблей и высадкой десантов. Начальник медико-санитарного отдела флотилии подполковник медицинской службы А. А. Шпикин провел большую работу по подготовке подчиненной ему службы к обеспечению боевых действий. На сборах, групповых занятиях, конференциях врачей флотилии изучался опыт, полученный медицинской службой флота за годы войны.

К началу боевых действий флотилия имела стационарные и подвижные медицинские учреждения и формирования. Пароходы «Н. Островский», «Маяковский», «Киров» и «Гоголь» были превращены в санитарно-транспортные суда, они сопровождали отряды боевых кораблей флотилии, принимали с них раненых и использовались для доставки к району боевых действий армейских госпиталей.

Медицинское обеспечение боевых действий флотилии проводилось в тесном взаимодействии с медицинской службой сухопутных войск. В ряде случаев тяжело раненые моряки, нуждавшиеся в специализированной медицинской помощи, передавались в армейские лечебные учреждения. С другой стороны, санитарно-транспортные суда флотилии принимали раненых из частей Красной Армии. В боях под Фуцзином санитарно-транспортное судно «Н. Островский» 12 августа приняло всех раненых с берега и кораблей, эвакуировало их в тыл и доставило обратным рейсом в Фуцзин армейские госпитали. При взятии Цзямусы, Сансина и Харбина санитарно-транспортные суда флотилии также принимали раненых и высаживали армейские госпитали.

Отряды кораблей флотилии действовали на большом удалении один от другого. Штатных средств медицинской службы для их обеспечения не хватало. Была создана нештатная маневренно-хирургическая группа, действовавшая в устье Сунгари.

Стремительное наступление советских войск, господство в воздухе нашей авиации облегчали действия Тихоокеанского флота. Решая важную задачу морской блокады Квантунской группировки японцев, флот и флотилии успешно высадили десанты в порты и на острова,

осуществили перевозку морем крупных соединений Красной Армии. Богатый опыт медицинского обеспечения подобных операций, полученный медицинской службой Военно-Морского Флота за годы войны, стал достоянием офицеров медицинской службы Тихоокеанского флота, что, несомненно, способствовало лучшей организации работы медицинских частей и учреждений. Несмотря на имевшие место трудности, связанные с несвоевременной информацией медицинских начальников о предстоящих десантах, благодаря умелым действиям и героизму медицинского состава, раненые получали своевременную медицинскую помощь. Санитарные потери личного состава флота были сравнительно невелики. Противоэпидемические мероприятия были проведены быстро и эффективно, обеспечив надежную защиту личного состава от эпидемий, несмотря на сложную санитарно-эпидемиологическую обстановку.

* *
*

Созданное незадолго до войны Медико-санитарное управление ВМФ проделало большую работу по укомплектованию медицинской службы флота кадрами, развертыванию лечебных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических учреждений, по организации медицинского снабжения и развитию военно-морского медицинского образования. Деятельность МСУ ВМФ в годы войны связана с именем энергичного, эрудированного начальника — профессора, бригаврача, в последующем генерал-лейтенанта медицинской службы Ф. Ф. Андреева, возглавлявшего управление с 1940 по 1946 г.

Центром научной работы в области военно-морской медицины и кузницей кадров морских врачей была Военно-морская медицинская академия. В начале 1941 г. из виднейших ученых академии был создан Ученый медицинский совет МСУ ВМФ, решавший важнейшие проблемы военно-морской медицинской науки и практики медицинского обеспечения флота. Пленумы Ученого медицинского совета проводились ежегодно с участием руководителей медицинской службы флотов и флотилий, хирургов, терапевтов, эпидемиологов и других специалистов флотов.

В начале войны Военно-морская медицинская академия направила часть своего постоянного состава на укомплектование медицинской службы действующих флотов. В июне 1941 г. академия произвела очередной, а в сентябре — ускоренный выпуск молодых врачей. Учебный процесс и лечебная деятельность академии продолжались до ноября в Ленинграде. Условия блокады заставили эвакуировать академию в г. Киров. Курсанты и слушатели перешли Ладожское озеро по льду. Профессорско-преподавательский состав большей частью был вывезен самолетами. В январе 1942 г. личный состав академии собрался в г. Кирове, где академия развернула лечебную работу в эвакогоспиталях и в феврале 1942 г. начала учебный процесс. Курсанты младших курсов принимали участие в битве на Волге, некоторые погибли в боях, многие вернулись в академию для продолжения учебы. Профессора и преподаватели академии откомандировывались на действующие флоты для изучения боевого опыта и оказания помощи медицинской службе флотов.

В 1944 г. академия провела подготовку к перебазированию в Ленинград. С 1 октября 1944 г. начались занятия старших курсов на старой базе в Ленинграде. Начальником академии до 1947 г. был опытный военно-морской врач генерал-майор медицинской службы А. И. Иванов.

* *
*

В заключение следует остановиться на некоторых особенностях структуры санитарных потерь личного состава Военно-Морского Флота. Прежде всего необходимо отметить, что на флоте количество санитарных потерь было значительно меньше потерь безвозвратных, что объясняется гибелью людей вместе с боевыми кораблями, вспомогательными и транспортными судами. По данным У. А. Волошиной, А. А. Ремизова и В. Д. Серебренникова, особенно неблагоприятным было соотношение санитарных и безвозвратных потерь в 1941 и 1942 гг.

Абсолютные числа потерь определялись оперативной обстановкой. Наибольшими они были на Черноморском флоте, затем идет Краснознаменный Балтийский флот и наименьшие потери понес Северный флот.

Из общего количества боевых поражений личного состава флота преобладали осколочные ранения, особенно среди корабельного состава, поскольку корабли поражались тяжелыми снарядами, авиабомбами, торпедами и минами, рассчитанными на уничтожение корабля. Так, на эскадре КБФ за время войны осколочные ранения составили 96,8% всех ранений, а пулевые всего 0,8%.

Характерно также значительное количество ожогов, составлявших 10% боевых санитарных потерь. Они объясняются возникновением пожаров, повреждением паропроводов, воспламенением горючих жидкостей и боеприпасов. Контузии составили 7,6—8,9% боевых санитарных потерь корабельного состава флота — значительно выше, чем в условиях сухопутного боя. Отморожения имели место почти исключительно во время боевых действий на берегу — в десантных операциях и при обороне военно-морских баз.

В целом по флоту осколочные ранения составили 68,4% всех ранений. Среди раненых моряков, раненных в голову, было больше, а раненных в конечности значительно меньше, чем в сухопутных войсках. Анаэробная инфекция встречалась значительно реже — всего 0,65%. Это объясняется особенностями морского боя. Анаэробные микроорганизмы встречаются обычно в почве. Палуба, жилые и служебные помещения корабля, покрашенные масляными красками или пропитанные минеральными смазочными материалами, почти стерильны. Поэтому, несмотря на то, что ранения, полученные в морском бою, отличались обширностью и множеством поражений, они реже осложнялись раневой инфекцией и давали лучшие результаты при лечении. Посты медицинской помощи кораблей и береговых частей вернули в строй 12,4% раненых. Остальные эвакуировались в базовые лазареты и военно-морские госпитали.

По данным военно-морских госпиталей, из числа находившихся на лечении раненых было возвращено в строй 64,3%, направлено в команды выздоравливающих — 16,7%, направлены в санатории, дома

отдыха и в отпусках — 5,4%, уволено от службы 10% и умерло 3,5%. Если учесть, что подавляющее большинство направленных из госпиталей в команды выздоравливающих, санатории, дома отдыха и в отпуск также возвращалось в строй, количество возвращенных в строй раненых, лечившихся в военно-морских госпиталях, доходит до 86%. Этот исключительно высокий показатель говорит о хорошей постановке лечебной работы в военно-морских госпиталях. Следует однако напомнить, что лечебная деятельность сочеталась с эвакуационной. Выше говорилось о том, что нередко обстановка заставляла сокращать сроки пребывания раненых в морских госпиталях, эвакуировать их в армейские эвакогоспитали. Результаты лечения эвакуированных в тыл в приведенных показателях не отражены.

Из числа лечившихся в военно-морских госпиталях больных возвращено в строй 95,9%. В 1941 г. на одного раненого в госпиталях было 2,4 больных, в 1942 — 4,3, в 1943 г. — 9,3, в 1944 г. — 8,7. Увеличение соотношения в сторону больных не является показателем роста заболеваемости, а объясняется уменьшением количества боевых санитарных потерь в связи с изменением оперативной обстановки в пользу Советской Армии и Военно-Морского Флота. В 1945 г. на 1 раненого в госпиталях флота приходилось уже 88 больных. Высокие показатели в лечебной работе, успешная борьба с эпидемической опасностью свидетельствуют о том, что медицинская служба Военно-Морского Флота в годы Великой Отечественной войны выполнила возложенную на нее нелегкую задачу.

* * *

По окончании Великой Отечественной войны большое внимание было уделено организации изучения и обобщения опыта, полученного медицинской службой Военно-Морского Флота за годы войны. На флотах собирались и систематизировались материалы по медицинскому обеспечению боевых действий. Центром научной работы стала Военно-Морская медицинская академия. Под руководством известного специалиста в области тактики медицинской службы флота доцента полковника медицинской службы В. И. Шестова были выполнены диссертационные работы по организации медицинского обеспечения боевых действий военно-морских баз, соединений надводных кораблей, речных и озерных флотилий, морской медицинской эвакуации, медицинскому обеспечению десантных операций и другим медико-тактическим вопросам.

Трудами профессоров Ю. Ю. Джанелидзе, Д. А. Арапова, Е. В. Смирнова, Ф. Ф. Андреева, Б. В. Пунина, И. Д. Житнюка и многих других морских хирургов оформилась в самостоятельную научную дисциплину военно-морская хирургия. Под руководством Л. А. Орбели, К. М. Быкова, В. Н. Черниговского велись научно-исследовательские работы по физиологии труда подводников и водолазов. Вопросы военно-морской терапии разрабатывались под руководством профессоров А. Л. Мясникова, А. А. Нечаева, Г. А. Смагина, М. А. Ясиновского и других. Кафедра военно-морской гигиены провела важные исследования по физиологии труда корабельных специалистов надводного флота, гигиене питания, гигиене жилых и служебных помещений на

кораблях и по другим вопросам. Важные для медицинского обеспечения флота исследования велись и на других кафедрах Военно-морской академии и в других медицинских учреждениях.

После объединения Военно-морской медицинской академии с Военно-медицинской ордена Ленина академией имени С. М. Кирова, в последней был выделен факультет для подготовки военно-морских врачей. Профильную военно-морскую подготовку слушателей этого факультета обеспечивает ряд ведущих кафедр бывшей Военно-мор-



В корабельной амбулатории.

ской медицинской академии, включенных в состав Военно-медицинской ордена Ленина академии имени С. М. Кирова. Эти же кафедры ведут научно-исследовательскую работу в интересах ВМФ.

Начиная с конца 50-х годов в связи с коренными изменениями, происшедшими в военно-морском деле, возникает настоятельная необходимость перестройки организационной стороны медицинского обеспечения флота, что потребовало радикального изменения направления научно-исследовательской работы. Опыт Великой Отечественной войны был уже недостаточным для решения вопросов медицинского обеспечения флота в условиях ракетно-ядерной войны. Эти вопросы можно было решить только экспериментальным путем. На флотах проводятся учения, давшие материал для дальнейшего развития организации и тактики медицинской службы флота, военно-морской хирургии, терапии, эпидемиологии и других военно-морских медицинских дисциплин. Учения медицинской службы флотов стали подлинной лабораторией военно-морских кафедр академии.

На всех флотах непрерывно совершенствуется лечебно-профилактическое обеспечение частей и соединений Военно-Морских Сил. В военно-морских госпиталях внедряются новые методы лечения. Во всех военно-морских госпиталях развернуты специализированные отделения. Медицинская служба Тихоокеанского флота за высокие показатели в работе отмечена в приказе командующего флотом за 1964 г. На флотах систематически проводятся научно-практические конференции военно-морских врачей с участием главных специали-



Спортивный праздник — массовый заплыв.

стов медицинской службы ВМФ, профессоров и преподавателей Военно-медицинской ордена Ленина академии имени С. М. Кирова. Эти конференции свидетельствуют о высоком уровне лечебно-профилактической и научно-исследовательской работы флотских врачей.

Творческое содружество ученых Военно-медицинской академии и врачей флота дает замечательные результаты. Ленинградское общество морских врачей под руководством профессора академии генерал-майора медицинской службы И. Д. Житнюка ведет большую и результативную научную работу. В 1965 г. исполнилось 250 лет Ленинградскому ордена Ленина военно-морскому госпиталю. Юбилейные торжества и научная конференция, проведенные в ноябре 1965 г., показали выдающиеся достижения коллектива сотрудников госпиталя в лечебно-профилактической и научно-исследовательской работе. За заслуги в области народного здравоохранения начальнику госпиталя полковнику медицинской службы К. С. Артеменко, врачам госпиталя

В. Ф. Груздеву, В. И. Егорову, А. Ф. Кондратюку, М. Г. Кудрявцеву и И. И. Табанюхину присвоено звание заслуженного врача РСФСР.

В условиях дальних плаваний надводных кораблей и походов подводных лодок молодые военно-морские врачи успешно осуществляют современные принципы лечебной и профилактической работы, отлично владеют терапевтическими и хирургическими методами лече-



Шефы на линкоре.

ния, медицинского контроля, повседневно работают над повышением своей специальной подготовки.

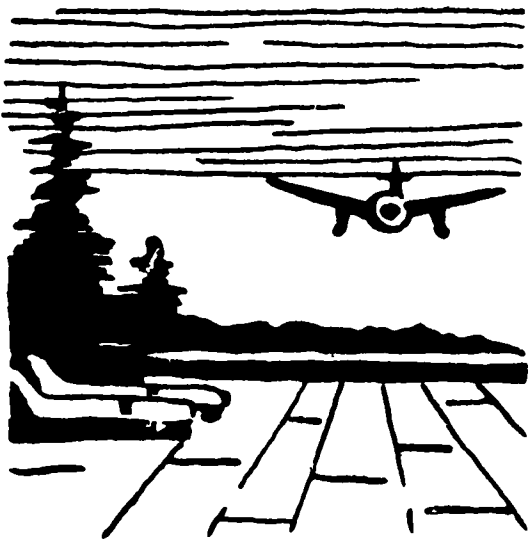
За время, прошедшее со дня окончания Великой Отечественной войны, мы ушли далеко вперед во всех областях деятельности медицинской службы флота. Накоплен огромный опыт медицинского обеспечения боевых действий флота, созданы замечательные кадры морских врачей, успешно разрабатываются актуальные вопросы военно-морской медицинской науки, обеспечивая решение практических задач, стоящих перед медицинской службой Советского Военно-Морского Флота.



1917-1967

Глава X

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ И МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЕННО-ВОЗДУШНЫХ СИЛ СОВЕТСКОЙ АРМИИ



Возникновение и развитие медицинской службы и медицинского обеспечения Военно-Воздушных Сил неразрывно связано с историей развития отечественной авиации и воздухо-

плавания. В условиях царской России эта область военной медицины и практики медицинского обеспечения войск находилась в зачаточном состоянии. Лишь в Годы Советской власти получила надлежащее развитие авиационная медицина — научная база системы медицинского обеспечения Военно-Воздушных Сил и была создана законченная и стройная структура медицинской службы ВВС.

В защите молодого социалистического государства В. И. Ленин и Советское правительство придавали большое значение авиации. Вопреки мнению некоторых военных специалистов, считавших воздушный флот «дорогой и ненужной игрушкой», Владимир Ильич указывал, что социалистическая Россия должна иметь свой воздушный флот. Это указание В. И. Ленина нашло свое отражение в приказе Реввоенсовета Республики № 84 от 25 января 1918 г., первые слова которого гласили: «Все авиационные части и школы сохранить полностью для трудового народа»¹.

Для борьбы с контрреволюционными войсками Краснова и Керенского в Петрограде 28 октября 1917 г. был сформирован 1-й социалистический авиационный отряд. В мае 1918 г. создается Главное управление Рабоче-Крестьянского Воздушного Флота, затем формируется ряд авиационных школ, курсов по подготовке летчиков и летчиков-наблюдателей, авиационных отрядов, число которых к началу иностранной военной интервенции и гражданской войны доходило до 35.

В декабре 1918 г. организуется Центральный аэрогидродинамический институт (ЦАГИ) — центр советской авиационной науки, во главе которого становится крупнейший русский ученый, профессор Н. Е. Жуковский. В составе Всероссийского Совета Народного хозяйства был создан Главкоавиа — центр по руководству производством самолетов. Одновременно принимаются меры по обеспечению авиационной промышленности квалифицированными кадрами. В 1920 г. по решению правительства создается научно-опытный аэродром, преобразованный затем в Государственный научно-исследовательский институт Военно-Воздушных Сил Красной Армии, открывается институт инженеров Красного Воздушного Флота, который в 1922 г. преобразуется в Военно-воздушную инженерную академию имени проф. Н. Е. Жуковского.

¹ Звезды на крыльях (Воспоминания ветеранов советской авиации). М., 1959, стр. 24, 28.

По мере становления Советского Воздушного Флота, изменения и совершенствования органов управления и авиационных формирований выявлялась все более настоятельно необходимость создания специальной службы для медицинского обеспечения личного состава авиации, для изучения изменений в организме человека, возникающих в связи с летной деятельностью. Медицинские подразделения во главе с врачом были созданы, прежде всего, в авиационных школах, во фронтовых и центральном авиационных парках. В штаты школ летчиков-наблюдателей Рабоче-Крестьянского Воздушного Флота в январе 1919 г. впервые вводится санитарная служба с врачом, лекарским помощником и двумя санитарями. В штатном расписании фронтового авиационного парка, отданном в приказе войскам Восточного фронта № 348 29 ноября 1919 г., был предусмотрен приемный покой с врачом, 3 лекарскими помощниками и 2 служителями приемного покоя. В центральном воздухоплавательном парке медицинская служба также возглавлялась врачом, имевшим в своем подчинении 3 лекарственных помощников.

В отличие от этого в авиационных отрядах и других строевых авиационных частях медицинская служба была представлена только лекарским помощником. Лишь в 1921 г., когда на основе боевого опыта гражданской войны авиационные отряды были сведены в более крупные авиационные части — эскадрильи и эскадры, в штатное расписание их была включена медицинская служба во главе с врачом.

В 1920 г. при Главном управлении Красного Воздушного Флота была организована приемная медицинская комиссия в составе председателя и врачей-консультантов «отоляринголога, окулиста, невропатолога»¹. Она явилась прообразом центрального органа управления медицинской службой Военно-Воздушных Сил и призвана была руководить работой по медицинскому отбору курсантов «учебных заведений Красного Воздушного Флота», а также изучать влияние на организм условий труда, связанных со «специальной полетной службой»².

С 1924 г. при Главном управлении Военно-Воздушных Сил РККА была введена должность инспектора (с 1930 г. старшего инспектора) медицинской службы ВВС, которую вначале по совместительству исполнял начальник Центральной психофизиологической лаборатории Н. М. Добротворский. В начале 30-х годов в составе Научно-исследовательского испытательного санитарного института РККА было создано специальное отделение по изучению военно-воздушной службы, которое имело своей задачей научно-исследовательскую и научно-практическую разработку вопросов физиологии и гигиены трудовых процессов у летно-подъемного состава и других специалистов Военно-Воздушных Сил РККА.

За период 1930—1936 гг. число формирований Военно-Воздушных Сил в составе Красной Армии заметно возросло. Изменилось и их качественное состояние. На вооружение стали поступать самолеты со все возрастающими дальностью, высотой и продолжительностью полета. Увеличилась также и численность медицинского состава Военно-

¹ ЦГАСА, ф. 29, оп. 4, д. 60, лл. 54—59.

² ЦГАСА, ф. 29, оп. 4, д. 352, лл. 125, 131, 140—141.

Воздушных Сил. Так, в 1933 г. число врачей ВВС составляло около 400 чел. В связи с этим возникла необходимость в централизованном руководстве медицинским обеспечением Военно-Воздушных Сил. С этой целью в 1936 г. в штат Санитарного управления РККА был введен отдел санитарной службы ВВС, численностью в 13 чел., в составе 3 отделений: 1) научно-исследовательского и по отбору кадров для

летного обучения; 2) специальной подготовки; 3) специального снаряжения¹.

Наряду с этим при управлении Военно-Воздушных Сил создается отдел авиационной медицины, а в штат ВВС военных округов вводится должность флагманского врача. Отдел авиационной медицины подчинялся во всех отношениях непосредственно начальнику ВВС РККА, флагманский врач в военном округе — командующему ВВС округа. Что же касается руководства по специальным вопросам медицинского обеспечения ВВС, то оно осуществлялось соответствующими начальниками медицинской службы: в центре — начальником санитарного управления РККА, в военных округах — начальником санитарного управления округа.

Отдел авиационной медицины, помимо непо-

средственного руководства медицинской службой ВВС, должен был взять на себя «...решение... вопросов санитарного обеспечения тех отраслей авиационной службы, которые требуют специального изучения и заботы»². Такими вопросами в период освоения новой авиационной техники являлись перегрузки и их влияние на организм летчика, проблемы высотных полетов и кислородного питания, выясне-

¹ Сборник справочных материалов по организации и штатам органов управления военно-медицинской службы Красной Армии (1917—1940 гг.), т. 1, (ч. 2). Л., 1956, стр. 289—290.

² Я. И. Алкснис. Задачи медицинской службы в воздушном флоте. «Военно-санитарное дело», 1937, № 4, стр. 6.



Н. М. Добротворский. 1927 г.

ние роли органов равновесия в летной работе и выработка методических специальной тренировки, а также изыскание методов правильно поставленной наземной тренировки летного состава.

Создание в центре и округах специальных органов управления медицинской службой ВВС повышало ее роль в боевой подготовке Военно-Воздушных Сил и улучшало руководство всеми сторонами практической деятельности авиационных врачей. Наряду с этим наличие в центре двух параллельно работающих органов руководства медицинской службой ВВС — отдела санитарной службы ВВС Санитарного управления РККА и отдела авиационной медицины при Главном управлении ВВС — не способствовало созданию четкой системы управления и создавало предпосылки для различного рода трений и несогласованности в работе.

Поэтому в 1939 г. в связи с переходом СУ Красной армии на новое штатное расписание, отдел авиационной медицины при Главном управлении ВВС был упразднен. С этого времени все функции по руководству медицинской службой ВВС сосредоточиваются в отделе санитарной службы ВВС Санитарного управления Красной Армии, штат которого оставался без изменений до сентября 1940 г., когда произошла новая реорганизация, в результате которой отдел санитарной службы ВВС был преобразован в «инспекторат по санитарной службе ВВС», состоявший всего из 4 чел. Его задачи были сведены к инспекторским функциям по узкоспециальным вопросам авиационной медицины. Другие же стороны работы медицинской службы ВВС, в частности медико-тактическая подготовка, приобретающая все большее значение в связи с надвигавшейся войной, находились в ведении других отделов Санитарного управления. Эти отделы, не зная деталей организации ВВС, их боевого применения и особенностей боевой летной работы, не могли обеспечить удовлетворительное решение возложенных на них задач медицинского обеспечения ВВС. Неоправданно частая реорганизация органов управления медицинской службой ВВС отрицательно сказывалась на решении таких актуальных задач, как разработка организационных принципов строительства медицинской службы и системы медицинского обеспечения ВВС, подготовка врачебных кадров для авиации и руководство повседневной практической деятельностью медицинской службы.

* *
*

Перед медицинской службой ВВС сразу же после ее организационного оформления возникли большие трудности, поскольку теоретические знания и практический опыт по медицинскому обеспечению авиации в то время еще отсутствовали. В поисках путей решения стоявших перед службой задач ее деятельность сосредоточивается прежде всего на текущем контроле за состоянием здоровья летчиков и их обмундированием, на вопросах труда, отдыха и питания. В то время особенно остро ощущалась необходимость создания специального летного обмундирования. Кабины самолетов тогда были открытыми и при отсутствии каких-либо приспособлений для защиты летчика от воздействия холодной воздушной струи рациональное

обмундирование имело большое значение. На таких самолетах летчики с трудом переносили даже кратковременный полет.

Систематические исследования в области изучения труда и охраны здоровья летчиков были начаты в Московской авиационной школе. Врачи этой школы во главе с начальником медицинской службы С. Е. Минцем, проводя систематические наблюдения за учебно-боевой подготовкой, питанием и отдыхом летного состава, изучая и анализируя причины аварий и катастроф, устанавливают зависимость числа аварий и катастроф от состояния быта летчиков и их индивидуальных качеств. Усилиями врачей этой школы были разработаны нормы и режим питания летного состава, которые в последующем были приняты для всего Воздушного Флота. На основании ходатайства врачебно-летной комиссии этой школы в 1921 г. летному составу был установлен двухмесячный отпуск, а в 1922 г. денежное вознаграждение за выполнение полетных заданий.

Выступая в июне 1921 г. на IV Всероссийском съезде воздушного флота с докладом об охране труда и здоровья летчиков, С. Е. Минц предлагает организовать при школе психотехническую лабораторию и обеспечить систематическое врачебное изучение условий жизни и труда летчика. Такая лаборатория была создана вскоре после съезда и явилась первым научным учреждением авиационной медицины в нашей стране. С. Е. Минц был первым советским врачом, указавшим на необходимость изучения состояния здоровья летчиков в процессе их труда и быта, что послужило основой для последующего расцвета физиологического направления авиационной медицины.

На базе лаборатории Московской авиационной школы в 1924 г. формируется Центральная психофизиологическая лаборатория ВВС, положившая начало систематическим исследованиям в области физиологии летного труда. Первым начальником лаборатории был Н. М. Добротворский, а его заместителем и председателем врачебно-летной комиссии С. Е. Минц. Увлечшись авиацией, Н. М. Добротворский первым из советских врачей получил в 1926 г. летное образование и звание летчика-наблюдателя. Борясь с так называемым психотехническим направлением в авиационной медицине, перенесенным к нам с запада, Н. М. Добротворский стремился строить работу руководимой им лаборатории на основе физиологического учения И. П. Павлова. С 1925 по 1930 г. сотрудники лаборатории опубликовали более 30 научно-исследовательских работ, имевших большое теоретическое и практическое значение.

В Центральной психофизиологической лаборатории начинали свою работу по авиационной медицине В. В. Андреев, А. П. Аполлонов, Г. Г. Куликовский, А. В. Лебединский, И. К. Собенников, В. В. Стрельцов и др. Ими были заложены основы для последующей разработки системы медицинского обеспечения полетов, основанной на комплексном изучении организма летчика в процессе его летной деятельности. В частности, Н. М. Добротворским была написана первая монография по авиационной медицине под названием «Летный труд», многие положения которой не утратили своего значения и поныне. Во введении к этой книге автор отмечал, что в учебных заведениях Европы и Америки систематический курс «Летного труда» тогда не

читался. «Чтение такого курса, — писал Н. М. Добротворский, — именно у нас в Союзе... отнюдь не случайно. Само появление в жизни этой новой дисциплины вызвано теми особенностями отношения к вопросам летного труда, которые и отличают мир капиталистический от нашей страны строящегося коммунизма»¹.

В дальнейшем Центральная психофизиологическая лаборатория реорганизуется в авиационный сектор Научно-исследовательского испытательного санитарного института РККА; начальником этого сектора стал В. В. Стрельцов.

Изучению летного труда и охране здоровья летчиков большое внимание уделялось Главным военно-санитарным управлением РККА, в составе которого начиная с 1921 г. работала комиссия по изучению санитарно-гигиенических условий воздушной службы². Уже в это время комиссия занималась изучением таких важных вопросов, как программа и временные правила для обследования лиц, подлежащих приему в авиашколы; пищевой рацион летчиков и воздухоплавателей и т. д.

В 1922 г. Главное военно-санитарное управление РККА подтвердило необходимость введения специальной нормы питания летчиков и воздухоплавателей, отвечающей профессиональным условиям и особенностям их работы. Вместе с тем, учитывая большие продовольственные трудности, переживаемые страной, предлагалось временно летным пайком удовлетворять только летчиков и воздухоплавателей во время выполнения ими летной работы.

З. П. Соловьев, выступая в июле 1924 г. на V Всероссийском съезде здравотделов, говорил: «...Мы имеем специальный орган по вопросам психофизиологического исследования, и при поддержке командования мы поставили эту работу так, как это отвечает нуждам красноармейцев. Неразрывно с этим связан вопрос об обслуживании специального рода служб. Здесь в первую очередь идут две специального рода службы: воздухоплавание и химическая оборона. ...Нами, совместно с командованием, разработана программа, которая охватывает как профилактические задачи, быт и изучение летного дела, так и подачу медицинской помощи на аэродроме. Здесь ставится целью установление норм охраны труда летного состава, выявление вредности этого особого специфического вида человеческого труда, профессиональный отбор летного состава и т. д. ...Мы пользуемся аппаратом нашей Военно-медицинской академии, теми ее специалистами, которые работают в этой области. Мы уже выделили достаточный кадр этих специалистов и открыли специальную психофизиологическую лабораторию, которая будет работать в этом направлении»³.

С каждым годом шире развертывалась в стране работа по изучению летного труда. На страницах медицинских и авиационных журналов все чаще печатаются статьи как по результатам научных исследо-

¹ Цит. по кн.: К. К. Платонов, А. А. Лавников. Материалы из прошлого отечественной авиационной медицины. М., 1957, стр. 53.

² ЦГАСА, ф. 29, оп. 3, д. 8, л. 6.

³ З. П. Соловьев. Вопросы военной медицины. (Избранные статьи и речи). Л., 1955, стр. 62.

ваний, так и в порядке обмена опытом по медицинскому обеспечению полетов. Так, в 1926 г. был опубликован ряд статей, в которых освещалось важное значение физической культуры и спорта для летной профессии. В том же году А. А. Сергеев поднял ряд вопросов по физиологии и гигиене высотных полетов, которые, в связи с увеличе-

нием высоты полета, приобретали все более важное значение.

Созданная в нашей стране в годы первой пятилетки авиационная промышленность позволила осуществить многие научно-технические открытия в области авиации и наладить массовое производство самолетов. Это обусловило также необходимость расширения и углубления исследований в области авиационной медицины. В их числе важное значение имели исследования П. И. Егорова. Совмещая в себе опыт клинициста и физиолога, он изучал функциональную способность сердечно-сосудистой системы летчиков и проблему физиологии высотного полета. Им первым была начата работа по организации лаборатории с камерой низких давлений (барокамерой), пущенной в эксплуатацию летом 1932 г. Первые испытания показали, что каждый



В. И. Воячек. 1947 г.

последующий «подъем» в барокамере дает меньшие сдвиги физиологических функций и обеспечивает постепенное развитие механизмов высокогорной акклиматизации. Так был найден способ тренировки организма летчика к подъему на высоту. В начале 1933 г. вышла в свет инструкция по тренировке летчиков в барокамере.

Начиная с 1930 г. Военно-медицинская академия и секция авиационной медицины Научно-исследовательского аэроинститута гражданского воздушного флота в Ленинграде, на основе опыта крупнейших научных школ Л. А. Орбели и В. И. Воячека, приступают к систематическим работам по физиологии высотных полетов, физиологической роли ускорений, особенностям ночного зрения, рационализации

освещения кабин и др. Многие работы В. И. Воячека и его учеников (К. Л. Хилов, А. П. Попов, Г. Г. Куликовский и др.) в области отоларингологии были положены в основу медицинского отбора кандидатов в летные школы и специальной тренировки летного состава.

В предисловии к книге «Вопросы медицинского обеспечения воздушного флота», изданной в 1934 г., В. И. Воячек писал: «Аппараты тяжелее воздуха должны по необходимости развивать большие скорости: это в свою очередь связано с неестественными для человека ускорениями. Кроме того, лояльность воздушного пути сама по себе является причиной резких перемен в величине и направлении скорости. Все эти сверхраздражители в лучшем случае обуславливают дезорганизацию в пространстве, в худшем же они могут вызвать ряд тягостных вегетативных рефлексов... Все это делает изучение физиологии и патологии вестибулярного аппарата крайне важной темой в цикле вопросов, связанных с авиационной техникой...»¹

Большой вклад в разработку проблемы физиологии ночного зрения внес А. В. Лебединский, обладавший прекрасной физиологической подготовкой, полученной на кафедре академика Л. А. Орбели. Значительной вехой в истории авиационной медицины явились такие работы А. В. Лебединского, как «К вопросу о цветном освещении кабины летчика» и «Основные функции глаза в условиях слабой освещенности», имевшие большое практическое значение для решения вопроса об освещенности кабин самолетов в ночном полете.

Начавшееся в 30-х годах освоение стратосферы требовало решения проблем медицинского обеспечения высотных полетов. Хотя к этому времени уже имелись обширные литературные материалы, касающиеся медико-санитарного обеспечения высотных полетов, тем не менее они не являлись общепринятыми и требовали тщательной проверки и пересмотра. Решением этих вопросов в Военно-медицинской академии занималась бригада ученых (А. А. Волохов, П. И. Егоров, И. М. Иванов, А. В. Лебединский, А. А. Сергеев) под руководством М. П. Бресткина. Эти исследования являлись «...одной из первых в Союзе попыток выработать научно обоснованные методы медицинского обеспечения ультра-высотных полетов...»² и тем самым представляли значительный научный и практический интерес.

Рост Военно-Воздушных Сил и быстрое развитие авиационной техники обусловили возникновение новых сложных задач, требовавших срочного их решения. Становилось очевидным, что авиационный сектор НИИСИ РККА не может справиться с возросшим объемом задач. Назревала необходимость создания более солидного научно-исследовательского учреждения типа института авиационной медицины. Однако вопрос о создании такого учреждения неоправданно затянулся.

Лишь в 1935 г. решением правительства организуется Авиационный научно-исследовательский санитарный институт РККА, переимено-

¹ Вопросы медицинского обеспечения воздушного флота. Сборник работ ВМА РККА, Л., 1934, стр. 5.

² Там же, стр. 49.

ванный в 1936 г. в Институт авиационной медицины ВВС Красной Армии им. И. П. Павлова. Начальником этого института был назначен проф. ф. Г. Кротков.

Институт становится центром всей научно-исследовательской работы по авиационной медицине и объединяет вокруг себя учреждения, работающие в этой области. За 6 довоенных лет институтом было опубликовано 148 научных работ, издано 4 руководства по авиационной медицине. Плодотворная научно-исследовательская деятельность института обеспечивалась группой высококвалифицированных специалистов. В период с 1936 по 1941 г. в области авиационной физиологии в институте работали А. П. Аполлонов, П. К. Исаков, В. В. Стрельцов, В. А. Скрипин и др.; по вопросам авиационной отоларингологии — Г. Г. Куликовский, А. П. Попов; по офтальмологии — Н. А. Вишневский и Б. А. Цирлин; над проблемами обеспечения стратосферных полетов — В. А. Спасский; в области врачебно-летной экспертизы — И. К. Собенников; над вопросами обеспечения парашютных прыжков работал Г. Р. Грайфер.

Во все разделы авиационной медицины сотрудники института внесли достойный вклад. Его научный коллектив по многим вопросам в своих исследованиях обогнал работу аналогичных зарубежных институтов.

Во второй половине 30-х годов значительный объем научных исследований по авиационной медицине проводился также в стенах Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. Если в 20-х и начале 30-х годов в научно-исследовательской работе по авиационной медицине активно участвовали главным образом кафедры физиологии и отоларингологии академии, то позднее в нее включаются теоретические и клинические кафедры во главе с крупными учеными (М. И. Аринкин, Н. Н. Аничков, И. Р. Петров, М. И. Аствацатуров, Н. Н. Савицкий и др.). Разработкой ряда проблем авиационной медицины занимались и другие учреждения: лаборатория авиационной медицины гражданского воздушного флота, Всесоюзный институт экспериментальной медицины, биологическое отделение Академии наук СССР; некоторые кафедры медицинских институтов внесли свой вклад в развитие советской авиационной медицины.

* *
*

Наряду с расширением объема научных исследований по проблемам авиационной медицины шло совершенствование медицинской службы авиационных частей и соединений. Большинство авиационных эскадрилий в 1926 г. было сведено в авиационные бригады. При этом в эскадрильях, вошедших в состав авиабригады, сохранялись должности врачей, а в авиационной бригаде вводилась должность начальника санитарной службы бригады. Для обслуживания летных частей были сформированы авиационные парки, входившие в состав авиабригад на правах отдельных частей. В зависимости от предназначения парки делились на бригадные, отдельных эскадрилий и отрядов. В штатном расписании каждого из парков предусматривалась «сани-

тарная служба с амбулаторией и войсковым лазаретом», во главе которой стоял начальник службы.

Создание авиационных парков обусловило организационное выделение авиационного тыла из состава боевых авиационных частей, что явилось началом деления медицинской службы ВВС на две взаимосвязанные составные части — медицинскую службу летных и медицинскую службу тыловых частей и соединений. Впоследствии это деление стало «...основным принципом организации медицинской службы ВВС» (А. Попов), определившим особенности организационного построения медицинского обеспечения этого вида Вооруженных Сил СССР.

В 1938 г. под влиянием количественного и качественного роста советской авиации, Военно-Воздушные Силы переходят на полковую и дивизионную системы организации. Вместо авиационных парков были созданы авиационные базы, которые были полностью выделены из состава строевых авиационных частей и организационно оформлены в самостоятельные части тыла ВВС. Их задача состояла во всестороннем обеспечении базирования авиационных частей и соединений, снабжении их всем необходимым и материально-бытовом обслуживании личного состава. Эта реорганизация закрепила указанное выше разделение медицинской службы ВВС. В авиационных частях и соединениях остался лишь медицинский состав (врачи и фельдшера), основное назначение которого состояло в осуществлении повседневного медицинского контроля за состоянием здоровья летного и летно-технического состава авиационных частей (соединений) вплоть до решения вопроса о возможности допуска к полету. Никаких подразделений медицинской службы в штатах авиационных частей и соединений не предусматривалось, поскольку материально-технической базой, обеспечивающей проведение всех необходимых лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в авиационных частях (соединениях), являлись силы и средства медицинской службы авиационных баз. Для этого в ее составе были предусмотрены: кабинет авиационной медицины (КАМ) с барокамерой и пункт медицинской помощи, включавший амбулаторию, войсковой лазарет и обмывочно-дезинфекционное отделение.

Рост численности медицинского состава в Военно-Воздушных Силах и усложнение специфических задач медицинского обеспечения ВВС обусловили необходимость усиления внимания его подготовке, особенно в области авиационной медицины. Предпринятое еще в 1924 г. в Центральной психофизиологической лаборатории усовершенствование авиационных врачей, которое затем продолжалось на базе авиационного сектора НИИСИ РККА, к 30-м годам уже не отвечало возросшим требованиям. На страницах медицинской печати развернулось обсуждение вопроса о профиле авиационного врача и его подготовке. Подавляющее большинство авторов считало, что изучить программу специальной подготовки врача для работы в авиации на кратковременных курсах невозможно. «Врачу, посвятившему себя работе в авиации, — писал профессор Ф. Г. Кротков, — помимо общемедицинской подготовки требуется ряд специальных знаний и навыков,

совершенно необходимых для грамотного решения стоящих перед ним задач»¹.

Настойчивая пропаганда В. В. Стрельцовым идеи организации специальной подготовки врачей для авиации, проводившаяся им в течение ряда лет, завершилась созданием при одном из медицинских институтов факультета, призванного готовить авиационных врачей. Созданием факультета было положено начало целенаправленной профильной подготовке врачей, способных сразу же после окончания вуза занять должности авиационных врачей в частях Военно-Воздушных Сил и гражданском воздушном флоте и обеспечить успешное решение специфических задач медицинской службы ВВС. В программу подготовки авиационных врачей на факультете помимо обычных общемедицинских дисциплин входили авиационная медицина и организация и тактика медицинской службы ВВС. Кроме того студентами отрабатывались вопросы аэронавигации, метеорологии, парашютного дела.

Однако внезапно начавшаяся Великая Отечественная война нарушила планомерную подготовку авиационных врачей и не позволила накопить нужного для военного времени запаса медицинских кадров, имевших специальную подготовку в области авиационной медицины.

И хотя большая часть врачей, работавших в авиации, к началу войны располагала некоторым запасом специальных знаний и опытом работы в области авиационной медицины, но этого количества авиационных врачей было недостаточно для замещения значительно возросшего в связи с мобилизационным развертыванием Военно-Воздушных Сил числа врачебных должностей.

Следует отдельно остановиться на развитии лечебно-эвакуационного дела в авиации в военное время. Ни первая мировая, ни гражданская война не оставили никаких обобщений по этому вопросу. Лишь в 1924 г. Главным военно-санитарным управлением были предприняты меры по разработке вопросов «...подачи медицинской помощи на аэродроме»². Более полно принципиальные положения, относящиеся к медицинскому обеспечению Военно-Воздушных Сил впервые нашли отражение в «Руководстве по санитарной эвакуации в РККА» (1929). В специальном его разделе указывалось, что оказание медицинской помощи и эвакуация в авиационных частях осуществляются медицинской службой частей, обслуживающих авиацию и медицинскими учреждениями сухопутных войск. С этой целью за счет сил и средств частей, обслуживающих авиацию, «при всех аэродромах развертываются пункты медицинской помощи и устанавливается постоянное дежурство медицинского состава на время полетной работы. Первая помощь при вынужденных посадках вне аэродромов оказывается ближайшим санитарным учреждением и частью, заметившими посадку самолета». Своевременную доставку пострадавших с аэродромов в лечебные учреждения предлагалось обеспечивать путем постоянного дежурства санитарно-транспортных средств на аэродроме. В случае,

¹ Ф. Г. Кротков. О подготовке авиаврача. «Военно-санитарное дело», 1936, № 2—3, стр. 15.

² З. П. Соловьев. Вопросы военной медицины. Л., 1955, стр. 62.

если авиа часть, обслуживающая аэродром, такими средствами не располагала, то они должны были назначаться «... от ближайшего этапа санитарной эвакуации распоряжением старшего санитарного начальника».

В последующем на страницах журналов «Военно-санитарное дело», «Вестник Воздушного Флота» публикуются статьи, развивающие и конкретизирующие эти положения. Так например, А. Радченко в статье «Санитарная служба аэродрома»¹, рассматривая аэродром, как боевую позицию авиации, определял вытекающие отсюда задачи медицинской службы Военно-Воздушных Сил на военное время. Заслугой этого автора было то, что он одним из первых занялся обсуждением в печати принципов организации лечебно-эвакуационного обеспечения авиации в боевых условиях, пробуждая интерес авиационных врачей к этому вопросу.

Заслуживал внимания и ряд других статей, напечатанных в журнале «Военно-санитарное дело», в которых освещались различные стороны медицинского обеспечения Военно-Воздушных Сил (М. А. Пивоваров — в 1932 г., Т. В. Долбнин — в 1940 г., С. И. Шавцов — в 1941 г. и др.).

Но взгляды, складывавшиеся в предвоенные годы и основанные, главным образом, на опыте боевой подготовки ВВС, нуждались в серьезной практической проверке в боевых условиях. Определенную роль в этом отношении сыграл опыт гражданской войны в Испании, боев с японскими захватчиками на реке Халхин-Гол и советско-финляндской войны 1939—1940 гг.

Этот, хотя и ограниченный, опыт все же выявил необходимость осуществления ряда мер, направленных на дальнейшее совершенствование организационной структуры медицинской службы ВВС и методов медицинского обеспечения боевых действий авиационных частей и соединений. Уже опыт войны в Испании показал, что раненые летчики только в 69,7% случаев производят посадку на свой аэродром, остальные 30,3% совершают приземление вне аэродрома². Эта очень характерная для боевых действий авиации особенность возникновения санитарных потерь летного состава выдвинула перед медицинской службой ВВС новую задачу — ее участие в «поисковой работе», организуемой командованием авиационных частей и соединений. Последующий боевой опыт медицинской службы ВВС Красной Армии на Востоке и во время советско-финляндской войны 1939—1940 гг. окончательно утвердил розыск пострадавших летчиков и оказание медицинской помощи им в местах вынужденных посадок самолетов вне аэродромов в качестве одного из важных и вместе с тем специфических разделов деятельности медицинской службы по обеспечению боевых действий ВВС.

Боевой опыт, приобретенный медицинской службой ВВС на Востоке и в период советско-финляндской войны 1939—1940 гг., позволил окончательно определить порядок и организационные принципы

¹ «Военно-санитарное дело», 1931, № 5—6.

² Л. Семенов. Некоторые вопросы санитарного обеспечения боевых действий авиации. «Военно-санитарное дело», 1938, № 7.

медицинского обеспечения ВВС. Этот опыт полностью подтвердил целесообразность организационного разделения медицинской службы ВВС на две части соответственно общему принципу организационного построения Военно-Воздушных Сил — на медицинскую службу авиационных частей и соединений и медицинскую службу наземных авиационно-технических частей, объединенных в составе авиационных баз.

Для непосредственного обеспечения боевых действий авиационных частей и соединений, базирующихся на оперативных аэродромах, силами и средствами медицинской службы авиационных баз разворачивалась сеть наземных этапов медицинской эвакуации ВВС: медицинские пункты оперативных аэродромов, от которых на время полетов на аэродром выдвигался пост медицинской помощи (обычно это был санитарный автомобиль с фельдшером) и медицинский пункт с войсковым лазаретом авиационной базы. Задача медицинского пункта оперативного аэродрома состояла в том, чтобы производить сортировку раненых и больных и оказывать им доврачебную медицинскую помощь. Отсюда раненые и больные эвакуировались или на ближайший общевойсковой этап медицинской эвакуации, или в медицинский пункт с войсковым лазаретом авиационной базы. Этот этап медицинской эвакуации ВВС предназначался для оказания раненым и больным первой врачебной помощи и лечения легкораненых до их выздоровления, а нетранспортабельных тяжелораненых до того момента, когда станет возможной их дальнейшая эвакуация в ближайшие общевойсковые лечебные учреждения.

Большинство авторов, обобщавших опыт медицинского обеспечения боевых действий авиации в Испании, во время боевых действий на реке Халхин-Гол и в период советско-финляндской войны 1939—1940 гг. (Л. Семенов, П. Берлин, О. Гермас и др.) считали, что специфические условия боевых действий авиации и большая трудность восполнения убыли летных кадров потребуют создания специальных авиационных госпиталей для сосредоточения в них раненых летчиков, с целью лучшего сохранения этих дефицитных во время войны кадров и их быстреего возвращения в строй.

В начале 1941 г. в связи с переходом авиационного тыла на новую организацию, существенно изменялась организационно-штатная структура и медицинской службы тыловых соединений и частей ВВС. Вместо авиационных баз были сформированы районы авиационного базирования (РАБ) и входившие в их состав батальоны аэродромного обслуживания (БАО). Последние предназначались для непосредственного материального, аэродромно-технического и медицинского обеспечения боевых действий авиационных частей и соединений на оперативных аэродромах. Медицинская служба летных частей и соединений существенных изменений в этот период не претерпела. Здесь сохранились должности начальника медицинской службы соединения и старшего врача авиачасти. Только в управлении района авиационного базирования вводилась должность начальника медицинской службы РАБ. Основные силы и средства медицинской службы для обеспечения боевых действий ВВС по-прежнему были сосредоточены в наземных частях ВВС — батальонах аэродромного обслуживания.

В целом усилиями ученых и практических врачей, работавших в Военно-Воздушных Силах, на основании теоретических исследований и обобщения опыта медицинского обеспечения боевых действий авиации в 1938—1940 гг., к началу Великой Отечественной войны были разработаны и частично внедрены в практику принципиальные положения организации и тактики медицинской службы ВВС, послужившие основой для дальнейшего ее совершенствования в ходе Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.

* * *

Суровым и тяжелым испытанием для медицинской службы ВВС, как и в целом для всей медицинской службы Вооруженных Сил, явилась Великая Отечественная война. Она поставила перед авиационной военной медициной ряд новых весьма ответственных и несравнимо более сложных, чем в мирное время, задач. Наряду с организацией лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий авиации, первостепенное значение в работе авиационных медиков приобретали такие задачи, как медицинское обеспечение полетов, среди этих задач медицинский контроль за боевой летной нагрузкой, организация отдыха и питания летного состава, периодические медицинские осмотры приобретали особую значимость.

Внезапный удар врага по ряду мест базирования авиации потребовал от медицинской службы частей ВВС включиться в активную боевую работу буквально с первого же часа войны. Используя наличные силы и средства, авиационные врачи организуют медицинское обеспечение боевых действий авиации и медицинскую помощь раненым, проявляя при этом высокий патриотизм, бесстрашие, граничившие с героизмом.

Прекрасен подвиг, совершенный на Карельском фронте фельдшером Рыбчинским, который в июле 1941 г., неся дежурство на медицинском посту аэродрома, под продолжительной массированной бомбежкой авиации противника сам отважно оказывал медицинскую помощь раненым, оттаскивая их в укрытие и эвакуируя в лазарет. Сопровождая последнего раненого тов. Рыбчинский потерял сознание. По прибытии в лазарет врачи обнаружили у него рваную осколочную рану мягких тканей стопы и обильное кровотечение.

Зубной врач Бутаков, доставляя с аэродрома в лазарет раненых, узнал, что при бомбежке авиагарнизона его жена и двое малолетних сыновей были убиты. Но преодолев минутную слабость, он продолжал трудиться по спасению жизни раненым и, только по завершении работы, отдал последний долг своей семье. За отличную работу по оказанию помощи раненым, стойкость и мужество, проявленные при этом, тов. Бутаков был награжден орденом Красной Звезды, тов. Рыбчинский — медалью «За боевые заслуги».

На том же фронте в августе 1941 г. за проявленные храбрость и отвагу при оказании помощи раненым на аэродроме, предотвращение взрыва самолета и умелое медицинское обеспечение боевых действий авиации на Лоухском направлении начальник санитарной службы авиационной базы военврач 2-го ранга А. М. Валюжинич был награжден орденом Красного Знамени.

Неблагоприятная обстановка для деятельности медицинской службы ВВС сложилась в начальный период войны. Исключительно трудные для медицинского обеспечения Советских Вооруженных Сил условия этого периода, характеристика которым дана в предыдущих главах, практически полностью исключали возможность оказания квалифицированной медицинской помощи и лечения раненых и больных летчиков и других категорий личного состава ВВС в лечебных учреждениях фронта. Такая возможность отсутствовала не только в пределах действующей армии, но даже и в тылу страны. Это приводило к



Доставка раненого к самолету С-3. Западный фронт, 1942 г.

тому, что указанные раненые и больные «рассеивались» по общевойсковым этапам медицинской эвакуации и в своем подавляющем большинстве направлялись в тыловые госпитали, зачастую без всякой хирургической обработки.

Очевидно, что при таком порядке эвакуации сроки возвращения в строй раненых и больных летчиков и лиц обслуживающего летно-технического состава намного удлинялись. А между тем в начале войны, в связи с большими потерями личного состава авиации максимальное сокращение этих сроков являлось весьма существенным фактором, определявшим ее боеспособность. Столь исключительно важная для ВВС проблема не могла, разумеется, не привлекать к себе самое пристальное внимание со стороны командования. Поэтому в первые недели войны были предприняты соответствующие меры к упорядочению лечебно-эвакуационного обеспечения ВВС. Так, в июле 1941 г. была издана совместная директива командования Военно-Воздушных Сил и Главного военно-санитарного управления Красной Армии. Начальникам санитарных управлений фронтов предписывалось

выделить из состава фронтовых и армейских госпиталей по одному лечебному учреждению, специально предназначенному для нужд медицинской службы ВВС. При этом армейские госпитали предназначались для раненых и больных из летно-подъемного состава со сроками лечения до 15 дней, фронтовые — до 30 дней. Все остальные раненые и больные с более длительными сроками лечения подлежали эвакуации в Москву — в Первый коммунистический госпиталь (ныне Главный госпиталь Вооруженных Сил им. Н. Н. Бурденко). Выписываемых по выздоровлении летчиков предлагалось направлять в свои части через штабы ВВС армий и фронтов.

Однако установленный центром порядок лечебно-эвакуационного обеспечения авиационных частей и соединений почти нигде не был претворен в жизнь. Это объяснялось рядом причин, и прежде всего обстановкой, вызванной отходом наших войск. Вот что, к примеру, доносил по поводу выполнения упомянутой директивы начальнику ГВСУ начальник санитарного управления Южного фронта: «...когда район армейских госпиталей 9-й армии постоянно подвергается бомбардировке, в 18-й армии армейские базы находятся в движении, выделить постоянные госпитали для летного состава в армейском районе не представляется возможным»¹.

Аналогичная картина наблюдалась и на других активно действующих фронтах.

Неблагоприятно сказывалась на организации медицинского обеспечения авиационных формирований Вооруженных Сил СССР в начале войны ликвидация в августе 1941 г. состоявшего в штате ГВСУ отделения санитарной службы ВВС. Как совершенно справедливо отмечалось в одном из официальных отчетов военного времени², результатом этого мероприятия явилось то, что «...по сути дела руководством санитарной службой ВВС в центре никто не занимался». Отрицательные последствия этого станут тем более очевидны, если учесть, что медицинская служба ВВС лишилась руководства в период, когда еще не закончилось ее мобилизационное развертывание и когда она только завершала свой переход на новую организацию, установленную в марте 1941 г.

В ходе войны, в результате большого внимания и постоянной заботы Коммунистической партии и Советского правительства, происходил непрерывный рост советской военной авиации в количественном и качественном отношении, в частности, произошли большие сдвиги в улучшении организационно-штатной структуры ВВС. Так, район авиационного базирования (РАБ) вскоре после начала войны стал возглавляться штабом и включать батальон связи, головной авиационный склад (ГАС), отдельные автотранспортный и инженерный батальоны. Первые месяцы 1942 г. ознаменовались созданием корпусной системы организационного построения фронтовой авиации, а в мае 1942 г. началось формирование оперативных объединений ВВС — воздушных армий.

¹ Архив ВММ, ф. 5626, оп. 4082, д. 28, л. 19.

² Материалы по работе санитарной службы ВВС за год Отечественной войны. Архив ВММ, ф. 5626, оп. 4080, д. 1, лл. 140—160.

Параллельно с происходившим в ходе Великой Отечественной войны развитием Военно-Воздушных Сил совершенствовалась и их полевая военно-медицинская организация, а также формы и методы ее работы. При головном авиационном складе (ГАС) в качестве базы снабжения частей и подразделений РАБ было организовано отделение медсанхозимущества. Важной мерой явилось включение в 1942 г. в



Л. Г. Ратгауз. 1945 г.

штат РАБ обмывочно-дезинфекционного отделения, что во многом улучшило санитарно-гигиеническое и противоэпидемическое обеспечение ВВС.

В том же году при Управлении ВВС Красной Армии были вначале введены должности флагманского врача, его заместителя и двух старших инспекторов, а затем образован отдел медицинской службы Военно-Воздушных Сил, реорганизованный в мае 1944 г. в одноименное управление. Так был восстановлен и получил дальнейшее развитие центральный руководящий орган авиационной военной медицины, упраздненный в начале войны. Руководство медицинской службой ВВС было возложено на опытного авиационного медицинского начальника, участника войны в Испании Л. Г. Ратгауза. Он был назначен флагманским врачом ВВС и руководил ме-

дицинским обеспечением боевых действий советской авиации на протяжении всей Великой Отечественной войны. Большую пользу медицинской службе ВВС принесло введение в январе 1945 г. в состав этого руководящего центра должностей главного хирурга и главного терапевта. На них были назначены профессор П. Л. Сельцовский и доцент А. В. Куковеров, которые своей плодотворной деятельностью в немалой степени способствовали улучшению лечебно-профилактического обслуживания личного состава авиации.

В воздушной армии, на первом этапе ее существования, руководство медицинским обеспечением было возложено на флагманского

врача, который имел для этой цели весьма ограниченный аппарат. Лишь в середине 1943 г. был организован отдел медицинской службы воздушной армии. Основное ядро его составляли: флагманский врач и армейские специалисты: хирург, терапевт-токсиколог, невропатолог (он же председатель армейской ВЛК) и эпидемиолог¹. В связи с учреждением указанного отдела отпала необходимость в должности помощника начальника Санитарного управления фронта по ВВС, которая и была упразднена в конце 1943 г. В том же году силы и средства медицинской службы воздушной армии пополнились зуботехнической лабораторией, а во второй половине следующего года — подвижной санитарно-эпидемиологической лабораторией (ПСЭЛ)² и отделом медицинского снабжения при армейском авиационно-техническом складе.

В мае 1942 г. Главное военно-санитарное управление Красной Армии своей директивой № 93 вновь предложило начальникам санитарных управлений фронтов выделить эвакогоспитали для лечения раненых и больных из летного состава с организацией при этих лечебных учреждениях врачебно-летных комиссий³. Однако проверкой состояния медицинского обеспечения авиационных частей и соединений, проведенной по заданию ГВСУ в конце 1942 г., было установлено, что упомянутая директива в значительной своей части оставалась невыполненной. В тех же случаях, когда для лечения раненых и больных из состава воздушных армий выделялись эвакуационные госпитали, они оставались в системе фронтовых эвакуационных пунктов и фактически продолжали работать не столько в интересах воздушной армии, сколько в общих интересах фронта. А между тем по мере развития Военно-Воздушных Сил становилась все более очевидной настоятельная необходимость иметь специальные госпитали для лечения летного состава.

Поэтому с целью создания хотя бы внутри страны центра для сосредоточения раненых и больных из летного состава, требующих длительных сроков лечения и специальной экспертизы, флагманским врачом ВВС Красной Армии в октябре 1942 г. было возбуждено ходатайство о передаче двух госпиталей ВЦСПС (№ 2901 и 5019) в систему НКО и сформировании на их базе Центрального авиационного госпиталя с передачей его в подчинение Институту авиационной медицины. Это ходатайство было удовлетворено, так был создан Центральный авиационный госпиталь. Но он, естественно, не смог решить всех задач лечебно-эвакуационного обеспечения ВВС, поскольку положение в воздушных армиях с организацией лечения и эвакуации раненых и больных продолжало оставаться таким же, каким оно было в начале войны.

Во второй половине 1942 г. и первой половине 1943 г., чтобы в какой-то мере изменить это положение в лучшую сторону, в воздушных армиях — сначала в некоторых, а затем в большинстве их — стали развертываться при районах авиационного базирования объединенные лазареты емкостью на 30—50 коек, создававшиеся за

¹ Архив МО СССР, ф. 35, оп. 11282, д. 55, л. 446.

² Архив ВММ, ф. 5626, оп. 4082, д. 15, л. 207.

³ Архив МО СССР, ф. 35, оп. 11270, д. 1, лл. 76—77.

счет сил и средств медицинской службы батальонов аэродромного обслуживания. Подбор в эти учреждения квалифицированных врачей, обладавших необходимыми навыками хирургической работы, позволял здесь нередко обеспечивать оказание квалифицированной помощи раненым и больным из частей ВВС. Но так как объединенные лазареты являлись нештатными, они зачастую сталкивались в своей работе с рядом существенных трудностей, которые приходилось



Погрузка раненого в самолет С-4 с кабинами инженера Бакшаева. Брянский фронт, 1942 г.

преодолевать усилиями медицинского состава. В ряде воздушных армий, например во 2-й, 4-й, 8-й, эти лечебные учреждения существовали всю войну, способствуя быстрейшему возвращению в строй легкораненых летчиков и других специалистов ВВС, чем принесли немалую пользу.

Таким образом, интересы медицинского обеспечения ВВС все более настоятельно требовали создания специальных госпиталей для лечения летного состава и включения их в состав воздушных армий. Значительный сдвиг в этом отношении произошел в июне 1943 г., когда вышла специальная директива ГВСУ, согласно которой начальники санитарных управлений фронтов обязаны были выделить в оперативное подчинение флагманских врачей воздушных армий по одному эвакогоспиталю.

Однако фронтовая авиация стала располагать собственными штатными госпитальными средствами лишь с третьего периода вой-

ны, когда были сформированы специальные армейские авиационные госпитали (ААГ). Это полевое многопрофильное лечебное учреждение было рассчитано на 200 коек и имело в своем штате врачей по всем основным специальностям. Такая организация армейского авиационного госпиталя наиболее полно отвечала интересам лечебно-эвакуационного обеспечения Военно-Воздушных Сил.

Таким образом была решена одна из наиболее остро стоявших с начала Великой Отечественной войны задач — изъятие из общего потока раненых и больных летчиков и сосредоточение их на этапах медицинской эвакуации воздушной армии с соблюдением принципа этапного лечения с эвакуацией по назначению. Вместе с тем это мероприятие дало возможность флагманскому врачу воздушной армии осуществлять действенный контроль за состоянием лечебного дела в госпитале и планировать его работу в соответствии с нуждами воздушной армии и обстановкой, которая складывалась по ходу ее боевых действий. При этом организацией армейского госпиталя и включением его в состав воздушной армии медицинская служба ВВС не стремилась к созданию какой-то своей «замкнутой» лечебно-эвакуационной системы, обособленной от общей системы лечения и эвакуации раненых и больных из сухопутных войск. Речь шла лишь об обеспечении необходимых условий для лечения и последующей врачебно-лётной экспертизы лётно-подъёмного состава, тогда как лечение остального состава ВВС как до, так и после формирования армейских авиационных госпиталей осуществлялось, в основном, на общевойсковых этапах медицинской эвакуации. Следовательно, созданная в ходе войны система лечебно-эвакуационного обеспечения ВВС являлась составной частью общей системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск Советской Армии.

В целом за весь период Великой Отечественной войны наибольший объем работы по оказанию медицинской помощи и лечению лётного и наземного состава частей ВВС выпал на долю медицинских пунктов и войсковых лазаретов батальонов аэродромного обслуживания, являвшихся основным этапом в осуществлении лечебно-эвакуационных мероприятий, организуемых на оперативных аэродромах. 80—85% из общего числа раненых и больных, нуждавшихся в госпитализации, лечилось в этих войсковых лазаретах. Результаты их работы, наиболее ярко характеризующие исходы лечения раненых и больных за период 1943—1945 гг. (в % к общему числу лечившихся), показаны в табл. 13.

Т а б л и ц а 13
Исходы лечения раненых и больных
в лазаретах БАО

Категория личного состава ВВС	Исходы лечения			
	возвра- щено в часть	эвакуиро- вано	умерло	осталось на лече- нии
Летный	75,3	10,6	0,1	14,0
Наземный	80,2	4,3	0,2	15,5

На основе статистических материалов первых двух лет войны была выявлена определенная закономерность локализации ранений у летного состава. В числе всех ранений до 70% приходилось на нижние и верхние конечности, 25% составляли ранения головы, 5% приходилось на ранения груди и живота. По данным А. Н. Бабийчука ранения головы у летного состава встречались в два раза чаще, чем у личного состава сухопутных войск. При этом, около 90% ранений головы было без повреждений костей; значительная часть этих ранений возникала при авариях и вынужденных посадках на подбитых самолетах вне аэродромов.

Распределение ранений летного состава ВВС по видам ранящего оружия по годам войны (в % к общему числу ранений) на основании данных Л. Г. Ратгауза представлено в табл. 14.

Т а б л и ц а 14

Виды ранений летного состава ВВС
(в % к общему числу ранений)

Вид ранений	Год войны			
	1941	1942	1943	1944
Осколочные	71,0	66,6	83,5	89,8
Из них:				
причиненных осколками снаря-				
дов авиапушек	56,0	54,2	47,3	38,4
снарядов зенитной артиллерии .	15,0	12,4	36,2	51,4
Пулевые	29,0	33,4	16,5	10,2

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что осколочные ранения у летного состава ВВС из года в год нараста-ли и к концу войны достигли 90% общего числа огнестрельных ранений.

Важнейшим элементом лечебно-эвакуационного обеспечения Военно-Воздушных Сил являлась так называемая поисковая работа. В разные периоды Великой Отечественной войны удельный вес эки-пажей, нуждавшихся в розыске, составлял на разных фронтах от 45 до 70%. В решении этой задачи со стороны авиационных врачей было проявлено много инициативы и находчивости по созданию мно-гочисленных организационных форм и методов поисковой работы. Для этой цели создавались поисковые группы, которые направлялись к местам вынужденной посадки самолетов на автомобиле или на самолете, практиковалось дежурство медицинских работников на командных пунктах авиационных соединений, был установлен поряд-ок сигнализации с общевойсковых этапов медицинской эвакуации о непосредственном поступлении на них раненых летчиков.

Много разумной инициативы было проявлено авиационными врачами в направлении изыскания мер снижения боевых санитарных потерь летного состава. В этой связи заслуживают внимания рацио-нализаторские предложения, внесенные многими авиационными вра-

чами в ходе войны. Уже в начале второго года войны в связи с тем, что у летного состава высокий процент составляли ранения головы и конечностей врачами авиачастей было обращено внимание на необходимость бронирования тех участков кабины самолета, которые прикрывали указанные части тела летчика. Так, авиационный врач И. И. Шпилевский на основании многочисленных наблюдений и исследований пришел к выводу, что одной из причин огнестрельных ранений головы, шеи и верхней части туловища летчика на самолете



Старший врач 12-го Гвардейского истребительного авиационного полка военврач 2-го ранга М. Г. Бабченко проверяет состояние бортовой кислородной аппаратуры перед вылетом летчика на боевое задание. Западный фронт, 1942 г.

ИЛ-2 являлось наличие щели между движущейся частью фонаря и верхней бронеплитой бензобака, куда при обстреле свободно проникали пули и осколки снарядов авиапушки. Тов. Шпилевский предложил загнуть переднюю кромку бронеплиты бензобака и заднюю кромку бронеплиты фонаря. Это предложение врача было реализовано конструктором С. В. Ильюшиным, что способствовало снижению ранений этих областей тела у летного состава.

Частые ранения нижних конечностей у стрелков-радистов были связаны с отсутствием надежной бронезащиты кабины стрелков снизу. По инициативе авиаврачей и самих воздушных стрелков еще до введения заводского бронирования стали укладывать бронеплиты на пол кабины стрелка. Это несложное мероприятие не замедлило сказаться на снижении ранений нижних конечностей стрелков-радистов.

Интенсивная боевая нагрузка летного состава, наряду с ухудшившимися бытовыми условиями, уже вскоре после начала войны привела к заметному росту явлений утомления и переутомления среди летного состава. В целях снижения этих явлений и повышения боеспособности летного состава уже в 1941 г. на базе войсковых лазаретов, по инициативе авиационных врачей, создаются дома отдыха летного состава. Их роль и значение в восстановлении сил и боеспособности летного состава на первом этапе войны были высоко оценены командованием и летным составом.

Новая обстановка работы медицинской службы и ее новые задачи, обусловленные боевыми действиями Военно-Воздушных Сил СССР, повлекли за собой необходимость научной разработки ряда вопросов их медицинского обеспечения. В эту исключительно важную для военно-медицинской практики работу с самого начала войны активно включился Институт авиационной медицины ВВС Красной Армии им. академика И. П. Павлова. Изданное институтом в 1941 г. краткое руководство по авиационной медицине являлось настольной книгой врачей ВВС действующей армии. Сотрудниками Института в течение 1941—1942 гг. был выполнен ряд важных работ, сыгравших положительную роль в деле улучшения организации медицинского обеспечения частей ВВС действующей армии.

На основе научных исследований, выполненных в институте еще в предвоенные годы, были изданы такие важные для сохранения здоровья боеспособности летного состава руководящие документы, как приказ НКО СССР № 312 1941 г. о нормах питания летного состава с учетом энерготрат летчика в боевых условиях, как директива Ставки Верховного Главнокомандования о создании в действующей армии домов отдыха для летного состава и приказ ГВСУ Красной Армии № 2 1941 г. с объявлением основных положений по медицинскому контролю за здоровьем и освидетельствованию летного состава в военное время. На основе приказа № 312 в Институте авиационной медицины было разработано изданное в октябре 1941 г. «Краткое физиолого-гигиеническое обоснование питания летного состава», ставшее важным подспорьем в работе авиационных врачей по организации питания летного состава в боевых условиях.

Но при всей той огромной пользе, которую приносил Институт авиационной медицины медицинской службе ВВС в ее практической деятельности, он тем не менее позже был ликвидирован. Вместо него при кафедре нормальной физиологии Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова была создана лаборатория авиационной медицины. Клиническая группа с экспертным отделом института волилась в состав Центрального авиационного госпиталя. Такое преобразование означало по сути дела лишение медицинской службы ВВС научно-методического центра, так как организованная при Военно-медицинской академии лаборатория не могла справиться со всем объемом предъявляемых ей задач. Неудивительно поэтому, что уже в сентябре 1944 г. на заседании Президиума Ученого медицинского совета при начальнике ГВСУ, на котором обсуждалось состояние медицинского обеспечения частей и соединений ВВС действующей армии, был остро поставлен вопрос о восстановлении Института

авиационной медицины. В своем решении Президиум Ученого медицинского совета вынужден был констатировать наметившееся отставание в разработке теоретических проблем авиационной медицины, становившееся тормозом в развитии отечественной авиации. Для решения назревших задач в области авиации Президиум УМС считал необходимым срочно возбудить ходатайство о создании в стране Института авиационной медицины.



Обучение летного состава 12-го Гвардейского истребительного авиационного полка приемам оказания само- и взаимопомощи. Западный фронт, 1942 г.

На этом же заседании представителями командования и медицинской службы ВВС обращалось внимание членов Ученого медицинского совета на наметившуюся в ходе войны опасную тенденцию снижения уровня специальной подготовки в области авиационной медицины врачей, прибывших в соединения и части ВВС на замещение вакантных должностей. С началом войны плановая подготовка авиационных врачей в этой важной для их практической деятельности области военной медицины заметно сократилась. В ходе мобилизационного развертывания в части ВВС влилось большое число врачебного состава, не подготовленного для работы в авиации. К концу первого года войны в ВВС действующей армии врачебные кадры со стажем работы в авиации от 5 лет и выше сохранились лишь на руководящих должностях. Объяснялось это положение не только общей малочисленностью таких кадров, но и тем, что подготовленные для работы в ВВС врачи в ходе мобилизации направля-

лись для прохождения службы не в авиацию, а в другие рода войск (А. П. Попов). Кроме того, значительное число врачебных должностей в летных и тыловых частях ВВС укомплектовывалось врачами ускоренных выпусков.

Выступивший на заседании Ученого медицинского совета Главный маршал авиации А. А. Новиков заявил, что в области авиацион-



А. П. Попов. 1944 г.

ной техники в ближайшее время могут быть такие серьезные успехи, что есть реальная угроза возникновения несоответствия между ними и возможностями организма человека. В таком случае медицина могла невольно стать тормозом в развитии отечественной авиационной техники. Во избежание этого он предлагал, наряду с восстановлением Института авиационной медицины, обратить особое внимание на повышение уровня специальной подготовки врачей, предназначенных для службы в частях ВВС.

В решении Ученого медицинского совета отмечалась необходимость принятия действенных мер по улучшению подготовки врачебного состава для авиации, осуществляемой в Московском медицинском институте и Институте усовершенствования врачей. Предпринятые на основе рекомендаций Ученого медицин-

ского совета при начальнике ГВСУ меры увенчались успехом. Решением партии и правительства был вновь организован Институт авиационной медицины ВВС, Красной Армии, приступивший к решению актуальных проблем авиационной медицины и медицинского обеспечения авиации в условиях боевой обстановки. Что же касается целенаправленной подготовки авиационных врачей, то она была организована уже после окончания Великой Отечественной войны.

Таким образом созданная в ходе войны стройная полевая военно-медицинская организация ВВС, работавшая в тесном взаимодействии со всей медицинской службой Вооруженных Сил СССР на

основе единых принципов военной медицины, успешно справилась с решением стоявших перед нею задач и тем самым внесла немалый вклад в дело победы над врагом. За самоотверженный труд в деле охраны и спасения жизни защитников Родины тысячи медицинских работников ВВС были удостоены правительственных наград — орденов и медалей Советского Союза.

* *
*

После победоносного окончания Великой Отечественной войны советский народ под руководством Коммунистической партии сумел быстро восстановить промышленность и сельское хозяйство. На базе общего подъема народного хозяйства продолжала бурно развиваться авиационная техника. Характерным для этого периода явилось создание реактивного двигателя. Внедрение его в авиацию позволило сделать резкий скачок в повышении скорости, дальности и высоты полета. Возможности авиационной техники стали поистине беспредельными.

Гигантский скачок, сделанный авиацией, наряду с появлением в арсенале средств войны оружия массового поражения, выдвинули перед медицинской службой Военно-Воздушных Сил в послевоенные годы ряд новых сложных проблем.

Первое время после окончания Великой Отечественной войны медицинская служба ВВС была занята, как и представители медицинской службы всех других видов Вооруженных Сил, обобщением опыта медицинского обеспечения минувших боевых действий. В этой важной работе, определившей основные пути дальнейшего совершенствования системы и методов медицинского обеспечения ВВС, приняли активное участие как многие войсковые авиационные врачи, так и специалисты в области авиационной медицины. В течение первых 5—7 лет после окончания войны был выполнен ряд исследований, в том числе и диссертационного характера, в которых широко и всесторонне подытоживался опыт работы в различных звеньях медицинской службы ВВС, в частности, при выполнении ею ряда специфических мероприятий по обеспечению боевой деятельности летного состава.

Большое внимание в этих исследованиях уделялось анализу санитарных потерь личного состава ВВС и оценке характера и особенностей ранений летного состава, а также методам расчета санитарных потерь в интересах планирования медицинского обеспечения ВВС (Л. Г. Ратгауз, П. В. Вохмянин, П. И. Копошилко и др.); в частности, П. И. Копошилко была разработана и предложена оригинальная методика расчета боевых санитарных потерь летного состава на 100 самолето-вылетов, которая была положительно оценена при ее использовании в практике боевой подготовки медицинской службы Военно-Воздушных Сил. Весьма подробно изучался опыт участия медицинской службы ВВС в поисковой работе — этой области медицинского обеспечения ВВС был посвящен ряд исследований, среди которых наиболее солидным нужно признать труд П. Л. Романовича.

Во многих исследованиях, выполненных в первые годы после окончания Великой Отечественной войны, обобщался опыт медицинского обеспечения авиационных частей, соединений и объединений ВВС в различных условиях боевой обстановки и режимах боевой работы летного состава. В работах Л. Г. Ратгауза, А. П. Попова,



Врач авиационной части производит подгонку высотно-компенсирующего костюма летчика.

А. Н. Бабийчука, М. Н. Жука, А. Г. Шишова и других анализировались система и принципы медицинского обеспечения ВВС, сложившиеся в ходе Великой Отечественной войны, выявлялись особенности работы медицинской службы ВВС в различных условиях ее деятельности, рассматривались содержание и объем лечебных мероприятий, выполнявшихся на этапах медицинской эвакуации ВВС, а также место этих этапов в общей системе этапного лечения с эвакуацией по назначению. В частности, П. Л. Сельцовский и А. В. Куковеров уделили большое внимание установлению на основе обобщения фактических данных военного времени типового объема хирургической и терапевтической помощи, оказываемой на этапах медицинской эвакуации ВВС. Ряд исследований обобщал опыт применения санитарной и военнотранспортной авиации для транспортировки раненых воздушным путем; наиболее широко этот вопрос был освещен в работах М. А. Пивоварова.

Все эти работы широко использовались при подготовке медицинской службы ВВС. В решении своих задач медицинская служба ВВС опирается на систему медицинского обеспечения и сеть медицинских учреждений Сухопутных войск, а на морских театрах военных действий — Военно-Морского Флота. Однако ей необходимо иметь и свои штатные силы и средства, призванные обеспечивать проведение неотложных медицинских мероприятий в местах аэро-

Все эти работы широко использовались при подготовке медицинской службы ВВС. В решении своих задач медицинская служба ВВС опирается на систему медицинского обеспечения и сеть медицинских учреждений Сухопутных войск, а на морских театрах военных действий — Военно-Морского Флота. Однако ей необходимо иметь и свои штатные силы и средства, призванные обеспечивать проведение неотложных медицинских мероприятий в местах аэро-

дромного базирования авиации, а также выполнение специфических задач медицинского обеспечения ВВС. Важнейшим из этих средств является авиационный госпиталь. Опыт минувшей войны полностью подтвердил необходимость его существования.

Совершенно очевидно, что в условиях, когда на вооружении современных армий появились техника и оружие, позволяющие проводить операции в более широких масштабах, нежели это было в Великую Отечественную войну, возникла необходимость внесения существенных корректив в организацию медицинской службы и медицинского обеспечения Военно-Воздушных Сил.

В условиях частого изменения боевой обстановки и возникновения массовых санитарных потерь с их сложной структурой, важнейшим разделом деятельности медицинской службы становится организация лечебно-эвакуационного обеспечения Военно-Воздушных Сил. Возрастающий объем лечебно-эвакуационных мероприятий в частях Военно-Воздушных Сил не может быть успешно выполнен при тех формах организации работы и теми силами и средствами медицинской службы, которые применялись в минувшей войне. В частности, армейский авиационный госпиталь, оправдавший себя в прошлой войне, сегодня ни по своей структуре, ни по своей емкости не отвечает возросшим требованиям современной войны. Массовость и одномоментность поступления на этот этап медицинской эвакуации пораженных в бою и больных, разнообразие и комбинированный характер поражений требуют наличия в составе госпиталя ряда новых медицинских специальностей, равно как и богатого оснащения и более мощных санитарно-эвакуационных средств.

Естественно, что и войсковая медицинская служба ВВС должна будет претерпеть соответствующие изменения.

В мирных условиях знания и навыки по организации и практическому осуществлению медицинского обеспечения авиации применительно к условиям современного боя и операции приобретаются на летно-тактических учениях с войсками. На специальных полевых учениях медицинской службы исследуются и вырабатываются новые формы организации медицинской службы и медицинского обеспечения Военно-Воздушных Сил, закладывается фундамент основ патологии военного времени, приобретаются навыки работы в условиях, близких к реальной боевой обстановке.

Резко возросшие скорость, высота и дальность полета требовали изучения и внедрения в практику надежных средств защиты от неблагоприятного воздействия на организм летчика факторов, связанных с такими полетами. В новых условиях особо остро встали вопросы защиты летчика от неблагоприятных влияний пониженного барометрического давления, являющегося причиной развития кислородного голодания, а также от воздействия на организм различного рода перегрузок, возникающих при полете на современных типах самолетов.

Научная разработка новых проблем авиационной медицины широким фронтом велась в специальных исследовательских учреждениях, в баролаборатории Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, которой на протяжении ряда лет руководил профессор

М. П. Бресткин. Было получено немало ценных результатов научных исследований, имеющих большое практическое значение. Оборудование современных самолетов герметическими кабинами, физиолого-гигиенические обоснования которых были выработаны авиационными врачами института, и использование кислородных приборов типа «легочный автомат» позволили создать благоприятные условия кислородного обеспечения в полете практически на любой высоте и любой продолжительности. Для спасения экипажа в аварийных ситуациях при нарушении герметизации кабины на высоте более 12 000 м были



Ю. А. Гагарин на приеме у врача. 1961 г.

сконструированы высотные скафандры и комплекты кислородного оборудования для дыхания под избыточным давлением.

Резко возросшие скорости полета обусловили практическую невозможность покинуть обычным путем самолет в воздухе в аварийной ситуации. Усилиями большого коллектива научных работников — врачей и инженеров — были разработаны способы покидания современного самолета посредством катапультирования, а затем система и методы тренировки летчиков к выполнению этой нелегкой задачи. С целью повышения выносливости организма к воздействию ускорений было создано и внедрено в практику обеспечения полетов противоперегрузочное устройство.

Подводя итоги напряженной и всесторонней исследовательской работе в области авиационной медицины, в результате которой были созданы надежные средства защиты летчика от воздействия неблагоприятных факторов полета на современных самолетах, разработаны

методы контроля за состоянием функций организма летчика и требования к медицинскому отбору летного состава, а также выработана научно-обоснованная система его тренировки, не будет преувеличением утверждать, что эта работа во многом способствовала успехам дальнейшего развития Военно-Воздушных Сил в послевоенном периоде и создала необходимые предпосылки для победоносного завоевания космоса советским человеком.

Важное значение в послевоенные годы приобрела проблема подготовки и усовершенствования медицинских кадров для Военно-Воздушных Сил. Первое время после окончания Великой Отечественной войны целенаправленная подготовка кадров авиационных врачей для Военно-Воздушных Сил отсутствовала. Тем самым был сделан даже шаг назад в этом деле по сравнению с предвоенными годами. Однако в дальнейшем этот пробел в подготовке кадров авиационных врачей был устранен. В последующем задача подготовки врачей для ВВС была возложена на Военно-медицинскую академию им. С. М. Кирова, в составе которой был создан для этой цели специальный факультет.

Таким образом, пятидесятилетний опыт советской военной медицины и постоянная забота партии и правительства о процветании Военно-Воздушных Сил и всестороннем обеспечении их дальнейшего совершенствования являются залогом дальнейшего успешного решения трудных задач, стоящих перед медицинской службой ВВС в современных условиях.

РАНСНИ ИРАСНАДАРМЕЦ

Двуязычный иллюстрированный
Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и

Белый и



1967 г.

1967 г.

1967 г.

1967 г.

1967 г.

1967 г.

1967 г.

1967 г.

1967 г.

1967 г.

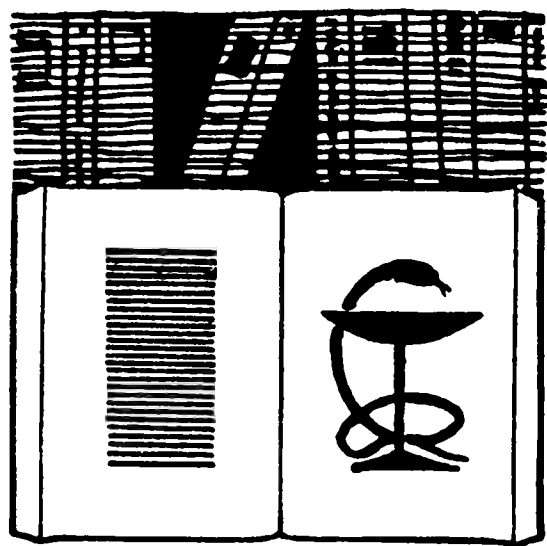
1967 г.

1967 г.

1917-1967

Глава XI

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СОВЕТСКОЙ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ



Военно-медицинская литература, как и всякая другая, имеет свою историю и специфику, которые полностью отражают исторический путь развития военно-медицинской службы и задачи, решаемые ею на разных этапах строительства Вооруженных Сил. Следовательно, историография военно-медицинской литературы является как бы зеркалом, отражающим все наиболее важные этапы истории военной медицины и служит одним из ценных источников историко-медицинских исследований.

К сожалению, в нашей стране пока еще нет полных исследований по историографии советской военной медицины. Имеющиеся же немногочисленные работы на эту тему носят частный характер и затрагивают лишь отдельные этапы ее развития. Поэтому в данной главе «Очерков истории советской военной медицины» дана первая попытка систематизированного изложения основных направлений развития советской военно-медицинской литературы как одной из важных составных частей общей истории советской военной медицины.

Военно-медицинская литература вышла в нашей стране на широкую дорогу только после Великой Октябрьской социалистической революции. Успехи в развитии социалистической экономики, науки, культуры и здравоохранения обеспечили быстрый рост изданий всех видов медицинской, в том числе и военно-медицинской литературы. Своеобразие военно-медицинской периодической печати в годы иностранной военной интервенции и гражданской войны заключалось в том, что она не была централизована. Издания выходили нередко по инициативе военно-санитарных управлений военных округов и фронтов и даже отдельных медицинских учреждений Красной Армии. Это были преимущественно сборники, журналы, бюллетени, газеты и листовки. Редколлегии этих изданий заостряли внимание читателей на конкретных задачах, например, ликвидации антисанитарного состояния помещений, занимаемых воинскими частями, улучшении ухода за ранеными и больными, предупреждении распространения заразных заболеваний, повышении физической закалки воинов Красной Армии, обучении приемам оказания первой медицинской помощи и т. д.

Поскольку своего печатного органа военно-медицинская служба Красной Армии не имела (выходивший с 1823 г. один из старейших печатных органов нашей страны — «Военно-медицинский журнал» в 1917 г. прекратил свое существование), военные врачи в первые годы Советской власти стали выступать по злободневным вопросам в общевойсках журналах, в частности в журнале «Военная мысль». Санитарный раздел этого журнала содержал корреспонденции ме-

дицинских работников Красной Армии. В первых двух его номерах за 1919 г. были напечатаны статьи Н. П. Воскресенского «Военная медицина недалекого прошлого и военная медицина в создающейся новой армии» и М. И. Барсукова «Основные положения фронтовой санитарной организации» и «Полковая врачебно-санитарная помощь в гражданской войне».

Работы военно-медицинского содержания публиковались также на страницах журнала «Революционный фронт». Так в № 1 этого издания за 1920 г. была напечатана статья М. И. Барсукова «Построение санитарно-эвакуационной системы в условиях гражданской войны».

5 июля 1920 г., по предложению В. И. Ленина, началось издание двухнедельного иллюстрированного журнала «Раненый красноармеец». Редакция журнала ставила своей задачей способствовать улучшению обслуживания раненых и больных красноармейцев в лечебных учреждениях, содействовать более разумному, целенаправленному использованию досуга выздоравливающих красноармейцев, собрать материал по истории борьбы за Советскую власть, который в свое время можно было бы использовать для показа роли военно-лечебных учреждений Красной Армии в гражданской войне.

В первом выпуске журнала было опубликовано обращение В. И. Ленина, в котором он призывал трудящихся «...помочь всем, чем можно, раненому красноармейцу»¹. В этом же номере журнала была напечатана статья М. И. Калинина «Советская Россия и раненый красноармеец». В ней отмечалась большая забота Советской власти о раненых и больных воинах Красной Армии и разъяснялись задачи, стоящие перед медицинскими работниками. В журнале была помещена также «Госпитальная памятка», составленная Народным комиссаром здравоохранения РСФСР Н. А. Семашко.

К участию в журнале привлекались выздоравливающие красноармейцы. Некоторые из них делились своими фронтовыми впечатлениями, вносили предложения по улучшению партийно-политической, культурно-просветительной и хозяйственной работы в лечебных учреждениях Красной Армии, писали стихи и рассказы, изготавливали иллюстрации для журнала. Всего было выпущено одиннадцать номеров журнала «Раненый красноармеец». В начале 1921 г. он прекратил свое существование.

В 1918—1922 гг. периодическая военно-медицинская печать в нашей стране была представлена рядом периферийных изданий: «Военно-медицинский журнал 9-й армии» (Екатеринодар); «Медицинский вестник Западного фронта» (Смоленск); «Медико-санитарный вестник Военно-санитарного управления Приволжского округа» (Самара); «Военно-медицинский вестник» (Кавказское ВСУ); «Военно-санитарный сборник Украинского военного округа» и др. Все они существовали недолго, не более двух — трех лет.

В октябре 1924 г. Военно-санитарным управлением РККА начинает издаваться «Военно-санитарный сборник». Ответственным редактором его являлся З. П. Соловьев — начальник Главного военно-

¹ В. И. Ленин. Полное собрание сочинений, т. 31, стр. 159.



РАНЕНЫЙ И КРАСНОАРМЕЕЦ

Двухнедельный иллюстрированный журнал для раненых и больных красноармейцев.

ИЗДАНИЕ МОСК. РАЙЗВАКА, ПОЛИТ-ИНСПЕКЦИИ ГЛАВСАНУПРА ВСЕР. И МОСК. КОМ. ПОМОЩИ БОЛЬРАНЕНЫМ

Адрес редакции Страстной бульвар, 12, комн. 14

Госпитальная памятка.

Для медперсонала

1. Помни, что больной и раненый красноармеец, защитник твоего трудового отечества от нападения хищников капитализма иноземного и отечественного.
2. На свою работу в госпитале смотри как на одну из важнейших твоих обязанностей перед народом и родиной. Помни сам и напоминай другим, что дороже жизни и здоровья у человека ничего нет.
3. Рассматривай госпитальную работу, как работу на фронте, в ней точно также необходимы строжайшая дисциплина, безусловная ответственность каждого за данную ему работу, напряженное внимание, сильная воля, ответственность в работе.
4. Не относись к делу формально, медицинская работа в особенности не терпит формализма: лечащий и ухаживающий должен быть другом больного, сердечно относящимся ко всем его потребностям и запросам.
5. Содействуй созданию в госпитале дружной трудовой семьи медперсонала, связанной общими интересами и общей трудовой дисциплиной.

Для больных и раненых

1. Помни, что ты должен дорожить каждым днем пребывания в госпитале, чтобы поскорее излечиться, поскорее стать в ряды здоровых членов нашей Коммунистической семьи.
2. Беспрекословно выполнять все требования, которые предъявляют к тебе в госпитале в интересах твоего здоровья, помни, что часто малейшая неосторожность может принести вред тебе и даже другим больным, находящимся вместе с тобой.
3. Снисходительно относиться к недостаткам, которые встречаешь в госпитале; каждый сознательный человек знает в каком тяжелом продовольственном, производственном, экономическом, топливном и т.д. положении находится наше социалистическое отечество, благодаря блокаде белых.
4. Непременно используй время твоего вынужденного бездействия в госпитале для культурно-просветительных целей. Читай и, просвещаясь сам, просвещай других. Беспощадно пресекай глупое и вредное препровождение времени несознательными товарищами как карты, азартные игры и т.п.

Народный Комиссар здравоохранения

Н. Семанов

№ 1-й ** 5-го июля 1920

Титульный лист журнала «Раненый красноармеец».

санитарного управления Красной Армии. Редакция журнала «Военно-санитарный сборник» в своей работе в основном опиралась на кадровых военных врачей. Журнал печатал статьи по многим актуальным вопросам военно-медицинской теории и практики. В их числе заслуживают упоминания статьи: З. П. Соловьева «Профилактические основы военно-санитарной службы» и «Вопросы военно-медицинского образования»; Б. К. Леонардова «Расчеты боевых потерь в людях и эвакуационные их группировки» и «Химическое оружие и санитарная тактика».

В предисловии редактора к первому выпуску «Военно-санитарного сборника» З. П. Соловьев писал: «Необходимость создания печатного центра военно-санитарной службы настолько очевидна, что рекомендовать наш «Сборник» в особом предисловии едва ли нужно. Наоборот, можно даже поставить нам в упрек то, что он не появился раньше... Кадры врачей и прочих медицинских работников, вполне овладевших пониманием задач и принципов нашего военно-санитарного строительства, образовывались медленно и с большим трудом. Поэтому в подходах к организации военно-санитарной службы долгое время чувствовалось что-то неперебродившее, не вполне уясненное и еще сырое для предъявления в печати. Нужна была большая внутренняя молекулярная работа. Мы ее проделали. Настоящий «Сборник» как бы первая веха на определившемся в процессе и в итоге работы пути»¹.

«Военно-санитарный сборник» выходил по 1928 г. включительно, пятым номером было закончено его издание. За этот срок редакция сборника сплотила большой авторский коллектив из врачей частей и военно-медицинских учреждений. Высокий идейно-научный уровень этого издания, его практическая направленность и целеустремленность — характерные черты «Военно-санитарного сборника».

Осенью 1923 г. в Военно-медицинской академии стала издаваться газета «Наша искра». Выход ее способствовал сближению и сотрудничеству профессуры и преподавателей академии со слушателями. В середине 20-х годов новые более сложные задачи академии вызвали необходимость выпуска журнала, который полнее бы удовлетворял повышенные запросы читателей. С апреля 1924 г. газету «Наша искра» заменил ежемесячный журнал под тем же названием.

В передовой статье его номера за декабрь 1924 г. сообщалось: «Ряд моментов, имевших место в жизни нашей академии в конце истекшего учебного года, изменивших резко ее общий облик и на много лет вперед определивших ее судьбу, заставил и наш журнал соответственно изменить свой характер и внутреннее содержание, приспособляясь к новым, более глубоким запросам и потребностям слушательской массы. Мы имеем в виду реформу учебного плана... и полное приобщение нашей академии к Красной Армии».

Научным отделом журнала заведовал Н. Н. Аничков. Среди авторов журнала мы видим профессоров академии: В. И. Воячека, Д. К. Заболотного, Е. Н. Павловского, Г. И. Турнера, В. А. Оппея, Л. А. Орбели, В. П. Осипова, Н. Я. Чистовича и др. На страницах

¹ «Военно-санитарный сборник», в. 1. М., 1924.

журнала выступал начальник Главного санитарного управления З. П. Соловьев. Журнал «Наша искра» выходил до 1928 г., когда снова был преобразован в газету «Наша искра» (позднее — «Кировец»). В конце 1941 г. издание этой газеты прекратилось.

В 1929 г. после преобразования «Нашей искры» в газету в академии начали издавать журнал «Архив медицинских наук». Выход в свет этого журнала явился важным событием в жизни академии, которая получила возможность отражать на страницах журнала многообразную научно-исследовательскую, учебную и лечебную деятельность академии. Ответственным редактором этого журнала был назначен В. И. Воячек, его заместителем — М. С. Маслов. Журнал «Архив медицинских наук» издавался лишь один год. В 1930 г. он был преобразован в «Военно-медицинский журнал». Этот журнал академии, как и его предшественник, существовал недолго — в 1933 г. дальнейшее издание его было признано нецелесообразным.

С 1929 г. вместо периодически издаваемых «Военно-санитарных сборников» началось издание ежемесячного печатного органа медицинской службы Красной Армии — журнала «Военно-санитарное дело». Журнал явился фактически преемником старейшего печатного органа русских военных врачей — «Военно-медицинского журнала», прекратившего, как уже говорилось выше, свое существование в конце 1917 г. Ответственным редактором журнала с 1929 по 1937 г. был начальник Военно-санитарного управления РККА М. И. Баранов.

В предисловии к первому номеру журнала «Военно-санитарное дело» (январь — февраль 1929 г.) редакция обратилась к читателям со следующими словами: «Изданием журнала „Военно-санитарное дело“ осуществляется уже давно высказываемое желание военно-санитарных работников иметь периодический орган, как арену обмена мнениями по вопросам здравоохранения Красной Армии. Кроме указанной выше задачи, журнал будет посвящать значительное внимание вопросам подготовки военно-санитарной службы к работе военного времени и общим вопросам здравоохранения СССР в их связи с обороной страны. В первую очередь «Военно-санитарное дело» будет помещать работы такого характера и по таким вопросам, освещение которых не имеет места на страницах общемедицинской прессы».

Журнал «Военно-санитарное дело» был рассчитан на широкие круги военно-медицинского состава и в первую очередь на военных врачей. Он своевременно реагировал на все важнейшие общественно-политические явления в жизни нашей страны и на военно-медицинские проблемы, стоящие перед советской медицинской наукой. Вместе с тем этот журнал выступал как пропагандист идей и активный распространитель знаний в области военно-медицинской практики.

В первое десятилетие Советской власти вышел из печати ряд книг и журнальных статей, посвященных обобщению опыта медицинского обеспечения войск в период первой мировой и гражданской войн. Это были главным образом работы по военно-полевой хирургии, организации и тактике медицинской службы, санитарно-химической защите, военной гигиене, военной невропатологии и психиатрии, военной эпидемиологии и другим отраслям военной медицины. Опре-

деленное отношение к военно-медицинской тематике имели издания с материалами различных медицинских съездов и конференций, на которых нередко обсуждались и вопросы военно-медицинского характера.

Написание и издание военно-медицинских работ в значительной степени стимулировалось санитарным отделением военно-научного общества (САНОВНО), которое имело в крупных гарнизонах свои секции. Общее руководство ими осуществлялось центральными органами САНОВНО при Военно-санитарном управлении РККА и Флота.

Заслуги этого общества были следующим образом оценены в резолюции по докладу З. П. Соловьева на совещании начальников и военных комиссаров военно-санитарных управлений, военно-курортных учреждений и Военно-медицинской академии 20 января 1925 г.: «Отметить огромную роль санитарного отделения военно-научного общества как общественной организации, пробуждающей работу коллективной мысли военно-санитарных работников Красной Армии и Флота, расширяющей их военно-санитарный и военный кругозор и осуществляющей научно-практическую разработку важнейших вопросов военно-санитарного дела.

Развитию военно-медицинской литературы способствовало постановление Коллегии НКЗ РСФСР от 28 октября 1927 г. по докладу заместителя Наркома здравоохранения, начальника ВСУ РККА З. П. Соловьева — «Санитарная оборона страны». В этом постановлении было записано: «Коллегия НКЗ с удовлетворением констатирует планомерное и успешное развитие работы в области здравоохранения, связанной с обороной страны Советов, с широким вовлечением в эту работу не только службы здравоохранения РККА, но и всего гражданского аппарата здравоохранения и советской общественности... Главнейшее внимание военно-санитарной службы на ближайшие годы сосредоточить на всемерном укреплении войсковой санитарной службы и углублении врачебного влияния на все вопросы войскового обучения и труда, содействуя командному составу в области целесообразного укомплектования и отбора по родам войск и рационализации военно-трудовых процессов, физического воспитания и улучшения санитарного быта»¹.

Расширение научно-исследовательской работы в Военно-медицинской академии, в психофизиологических лабораториях и в военных госпиталях по военно-медицинской тематике повлекло за собой существенное увеличение количества выпускаемой военно-медицинской литературы. Так, в 1928 г. было опубликовано несколько статей, разъясняющих «санитарно-оборонные» задачи научно-исследовательской работы. К ним относятся, в частности статьи «Санитарная подготовка страны к обороне и задачи, стоящие перед научными работниками» и «Военно-санитарные задачи гражданских органов здравоохранения».

В 20-е годы медицинская служба Красной Армии уделяла большое внимание санитарно-просветительной работе среди личного состава войск. Из печати регулярно выходили брошюры, памятки

¹ «Военно-санитарный сборник ВСУ РККА», в. 5, 1928.

и статьи, тематика которых была направлена на повышение санитарной культуры красноармейцев и начальствующего состава. Была издана библиотечка «Здоровье красноармейца», включавшая серию научно-популярных брошюр.

В начале 20-х годов преподавание военных и военно-медицинских дисциплин слушателям академии и военным врачам встречало немалые трудности, которые в значительной степени были обусловлены весьма ограниченным количеством учебной литературы по этим дисциплинам. К тому же дореволюционные издания этого профиля безнадежно устарели и не соответствовали коренным изменениям, происшедшим в стране и армии в результате Великой Октябрьской социалистической революции. Это обусловило необходимость создания новых учебников и учебных пособий в области военной медицины. На первых порах они издавались ограниченными тиражами в Военно-медицинской академии. Активную роль в издании этих пособий играла касса взаимопомощи слушателей академии.

Таким путем в 20-е годы были изданы первые после Великой Октябрьской социалистической революции учебники и учебные пособия по ряду разделов военной медицины, в их числе учебные пособия по курсу санитарной тактики П. И. Тимофеевского, по военно-санитарной администрации С. Е. Бурштына, по военно-полевой хирургии Э. Ю. Остен-Сакена, по военной гигиене Н. А. Иванова. Несмотря на ряд недостатков в их содержании, появление первых учебников и учебных пособий сыграло большую роль в развитии советской военной медицины.

В 1929 г. Государственное издательство опубликовало в Москве учебное пособие Б. К. Леонардова «Организация медицинской помощи в поле. Тактика военно-санитарной службы». В предисловии к этому пособию З. П. Соловьев писал: «Выходом этой книги удовлетворяется одно из настойчивых требований военно-санитарных работников. Слушатели высшей военно-медицинской школы, основные врачебные кадры Красной Армии, врачи запаса и т. д. — словом, все те, на кого возлагается обязанность непосредственного участия в санитарной обороне страны Советов, давно нуждались в такой книге... Книга Б. К. Леонардова представляет собою заслуживающий особого внимания и пристального изучения опыт изложить систему организации военно-санитарной службы в поле с чутким учетом проблемы военного и военно-санитарного строительства в нашей стране».

В конце 20-х и в 30-е годы резко возрос выпуск литературы по различным разделам военной медицины. Это было обусловлено усилением внимания подготовке военно-медицинской службы к работе в обстановке военного времени. Нараставшая угроза военного нападения на Советский Союз требовала всесторонней подготовки медицинской службы к обеспечению боевых действий Красной Армии. Необходимо было также обеспечить военно-медицинские кадры литературой по различным вопросам медицинского обеспечения войск, обусловленным новыми задачами медицинской службы в связи с техническим перевооружением Красной Армии и Военно-Морского Флота. В эти годы был издан ряд официальных наставлений и руководств, на основе которых велась подготовка личного состава меди-

цинской службы Красной Армии. В конце 20-х годов Военно-санитарное управление РККА переработало ранее изданные в нашей стране наставления и инструкции по вопросам лечебно-эвакуационного обеспечения раненых и больных. На основе изучения прошлого, и, прежде всего, учета реальных условий жизни и деятельности Красной Армии и задач санитарной службы во время войны, было издано в 1929 г. первое советское «Руководство по санитарной эвакуации в РККА». В составлении этого руководства принимали участие видные специалисты советской военной медицины и в их числе Б. К. Леонардов.

В 30-е годы вышли в свет «Руководство по санитарно-эпидемиологическому и лечебному обслуживанию РККА» (ч. 1, 1936; ч. 2, 1937), «Руководство по питанию Красной Армии» (1935); «Сборник основных положений, инструкций и наставлений по санитарному надзору и борьбе с заразными заболеваниями в военное время» (1931); «Наставление по санитарной разведке в РККА» (1931) и др.

В 1933 г. вышел из печати «Устав военно-санитарной службы РККА (войсковой район)». В нем на основе данных «Руководства по санитарной эвакуации РККА» (1929) и с учетом новых условий войсковой службы были изложены главные задачи санитарной службы войскового района.

Основные положения этого устава с незначительными изменениями существовали вплоть до советско-финляндской войны 1939—1940 гг. Устав появился в результате большой научно-исследовательской работы, проведенной советскими военными медиками. Это была первая попытка изложить на научной основе важнейшие вопросы организации и тактики медицинской службы. В разработке устава большая заслуга принадлежит Б. К. Леонардову.

С середины 20-х и особенно в 30-е годы в Военно-медицинской академии и вновь созданных в то время научно-исследовательских институтах и лабораториях медицинской службы РККА была широко развернута работа по изучению физиологии военного и военно-морского труда и влияния боевой подготовки разных родов войск на организм бойца и командира. Результаты и практические выводы этих научных исследований регулярно освещались в специальных сборниках, журнале «Военно-санитарное дело» и «Военно-медицинском журнале» ВМА РККА. Широко известными статьями по этой тематике были: «Вопросы физиологии военного труда и военно-профессионального отбора» (1928), сборник трудов; «Важнейшие проблемы физиологии и их значение для Красной Армии» Л. А. Орбели (1933); «Вопросы психофизиологии военного труда и задачи рационализации боевой подготовки» В. А. Горового-Шалтана (1932); «Материалы к характеристике рабочего дня и особенности службы механика-водителя танка» С. И. Прикладовицкого (1932); «Об обитаемости подводных лодок в условиях продолжительного погружения» Е. Э. Германа (1933); «Материалы к изучению влияния больших перелетов на организм летчика (опыт изучения летного труда в воздухе)» группы авторов (1935) и др.

Определенное место заняла справочная военно-медицинская литература, которая выпускалась в помощь практической работе

С. С. С. Р.

Пролетарии всех стран, соединяйтесь!

ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ РККА и Ф.

ВОЕННО-САНИТАРНЫЙ СБОРНИК

ПОД РЕДАКЦИЕЙ

Э. П. Солнцева,

И. Н. Бурденко,

Н. А. Зеленец,

А. П. Савельев.

Выпуск I

ИЗДАТЕЛЬСТВО НАРКОМЗДРАВА
МОСКВА — 1924

Пролетарии всех стран, соединяйтесь!

ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ Р. К. К. А.

ВОЕННО-САНИТАРНОЕ ДЕЛО

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР
М. И. БАРАНОВ

1 9 2 9

№ 1

ЯНВАРЬ — ФЕВРАЛЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО

СССР

Пролетарии всех стран, соединяйтесь!

РУКОВОДСТВО ПО САНИТАРНОЙ ЭВАНУАЦИИ в РККА

★

ВОЕННО-САНИТАРНОЕ
УПРАВЛЕНИЕ
РККА

ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
ИЗДАТЕЛЬСТВО
1929

Пролетарии всех стран, соединяйтесь!

ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ РККА



УСТАВ ВОЕННО-САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ РККА (ВОЙСНОВОЙ РАЙОН)

ОТДЕЛ ИЗДАТЕЛЬСТВА НКВМ
МОСКВА ★ 1932 ★ ЛЕНИНГРАД

военно-медицинского состава. В 1932 г. был издан «Военно-санитарный справочник РККА» под редакцией П. П. Сумбаева, А. С. Рахманова и Ф. Г. Кроткова. Такой же справочник был издан повторно в 1939 г. после кардинальной его переработки. Для фельдшеров был выпущен в 1930 и 1939 гг. «Военно-санитарный справочник», составленный С. М. Багдасарьяном.

Издавались справочники и по некоторым специальным вопросам военной медицины, например, «Краткий справочник по токсикологии и терапии поражений боевыми отравляющими веществами» под редакцией Б. И. Предтеченского и И. И. Федорова (1933). Справочный характер носили и такие издания, как «Объем лечебной помощи в войсковом районе», выпущенный в свет Военно-санитарным управлением РККА в 1938 г., книга И. А. Молодцова и др. «В помощь врачу призывной комиссии» (1939) и изданное Военно-медицинской академией пособие «Этапное лечение повреждений» (1937 и 1939).

Значительно увеличился в эти годы выпуск литературы по организации и тактике медицинской службы. В 1931 г. был выпущен в свет массовым тиражом учебник по санитарной тактике П. И. Тимофеевского¹. Затем двумя изданиями в 1934 и 1937 гг. вышел учебник Б. К. Леонардова «Санитарная служба в войсковом районе».

Этот учебник для слушателей Военно-медицинской академии и студентов гражданских медвузов был встречен большим одобрением преподавателей и будущих врачей. В нем были приведены систематизированные сведения, входящие в учебную программу по циклу подготовки военного врача для военного времени. В учебнике были освещены на высоком идейно-научном и методическом уровне все основные направления работы войсковой медицинской службы в области организации медицинского обеспечения войск. Большая ценность этого издания, как отмечали рецензенты, в частности заключалась в том, что он был составлен в строгом соответствии с вышедшими в те годы официальными указаниями, наставлениями и руководствами по санитарной службе РККА.

Незадолго до начала Великой Отечественной войны были изданы еще два учебных пособия по организации и тактике медицинской службы для войсковых врачей и студентов медицинских институтов А. Ф. Вишневецкого и А. С. Георгиевского. Издавались также в эти годы книги по отдельным частным вопросам организации и тактики медицинской службы.

В конце 30-х годов были изданы книги, посвященные организации медицинского обеспечения отдельных видов вооруженных сил и родов войск. В числе их можно назвать «Лечебно-эвакуационное обеспечение Военно-Морского Флота в военное время» В. И. Шестова; «Санитарное обеспечение экипажа танков и бронеавтомобилей» Л. И. Хенкина и др.

Весьма богато была представлена в 30-е годы литература по военно-полевой хирургии. Здесь прежде всего следует упомянуть солидные труды, обобщающие опыт военно-полевых хирургов за вре-

¹ В 20-е годы трижды издавалось написанное им учебное пособие «Санитарная тактика».

мя первой мировой войны 1914—1918 гг. и гражданской войны в СССР: «Хирургия военно-полевых ранений» А. А. Опокина; «Материалы по военно-полевой хирургии» под редакцией Н. Н. Бурденко, А. В. Мельникова и А. Л. Слободского. В это же десятилетие был издан ряд учебников и руководств по военно-полевой хирургии. В их числе «Военно-полевая хирургия врача войскового района» под редакцией и при участии М. М. Дитерихса, выдержавшая три издания; «Краткий учебник военно-полевой хирургии» под редакцией С. С. Гирголава, Г. И. Турнера, С. П. Федорова; «Избранные лекции по военно-полевой хирургии» А. П. Крымова и др.

Издавались и отдельные труды по военно-полевой хирургии монографического характера, хотя число изданий такого рода было невелико. Наибольшую известность среди них приобрела монография Н. Н. Бурденко «Характеристика хирургической работы в войсковом районе», вышедшая в свет в 1939 г.

Развитие в военно-лечебных учреждениях специализированных видов медицинской помощи обусловило необходимость обеспечить подготовку соответствующих кадров военно-медицинских специалистов руководствами и пособиями по ряду отраслей медицины. В них освещались особенности военной патологии и принципы этапного лечения раненых и больных, нуждающихся в специализированной медицинской помощи. Почти все они являлись оригинальными трудами, впервые издававшимися в нашей стране.

В 1934 г. в Ленинграде была издана книга «Избранные вопросы военной отоларингологии» В. И. Воячека — первое в нашей стране руководство в данной области военно-медицинских знаний, рассчитанное на слушателей Военно-медицинской академии и военных врачей. Автор в его предисловии писал: «Имевшая место в последние годы реформа преподавания в Военно-медицинской академии РККА, сделала очередной задачей составление учебников, приспособленных к новым, военизированным программам... Здесь мы предпочли ограничиться главным образом изложением того специфического материала, который получен нашей клиникой в результате разработки ряда актуальных военно-санитарных вопросов, поставленных перед академией».

В эти годы были опубликованы книги И. Г. Лукомского «Военная травма челюстно-лицевой области и уход за ранеными» (1934); Д. А. Энтина «Доврачебная медицинская помощь и уход при челюстно-лицевых ранениях» (1939) и В. Н. Долганова «Болезни и травмы глаз у военнослужащих» (1934).

Впервые были выпущены в свет книги по военной невропатологии и психиатрии: «Психозы и неврозы» (1934) и «Руководство по военной невропатологии» (1935). Первая из них хотя и именовалась сборником, но по содержанию изложенных в ней материалов и своей структуре фактически являлась солидным руководством. Редактор этой книги В. П. Осипов так и объясняет цель ее издания: «Наша работа, — писал он во введении, — является первой попыткой дать в руки психоневролога и войскового врача вообще анализ психоневрологического материала, с которым ему придется встретиться в будущей войне и дать указание, как он должен будет вести себя...».

Редактором «Руководства по военной невропатологии» был М. И. Аствацатуров. «Настоящее руководство, — отмечал он в предисловии, — имеет задачей служить справочником по невропатологии для военных врачей невропатологов и врачей-экспертов».

В 1934 г. санитарное управление РККА издало «Материалы совещания по организации невро-психиатрической помощи в РККА». В этой книге был опубликован ряд оригинальных материалов, характеризующих различные стороны организации психоневрологической помощи. О важности опубликованных материалов свидетельствуют такие статьи, как: «Психиатрическая помощь в РККА во время войны», «Организация помощи психическим больным в империалистическую войну», «Работа невропатолога и нейрохирурга на фронте», «Организация психоневрологической и психологической работы в военно-воздушных силах» и др.

Постоянное и неизменное внимание, уделявшееся в практической деятельности медицинской службы Красной Армии профилактической стороне медицинского обеспечения войск обусловило большую потребность в литературе по военной гигиене и эпидемиологии. В 30-е годы издается много книг и статей, освещающих различные вопросы санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения войск. Содержание издававшихся в этот период книг отчетливо свидетельствует о больших сдвигах, происшедших в техническом оснащении Советских Вооруженных Сил и о возросших возможностях медицинской службы в использовании наиболее действенных и эффективных профилактических мер, основанных на последних достижениях медицинской науки. В учебной литературе по военной гигиене, в частности, в «Руководстве по военной гигиене» Ф. Г. Кроткова и его учебниках, составленных совместно с соавторами Н. Ф. Галаниным и другими — появились такие отсутствовавшие в прошлом разделы санитарно-гигиенического обеспечения войск, как гигиена специальных родов войск (мотомеханизированных, авиации), оборонительных сооружений, автомобильных перевозок и др. Рецензенты и читатели отмечали, что эти книги явились очень ценными пособиями в повседневной работе войсковых врачей в связи с тем, что были составлены с учетом действительной обстановки, службы и быта войск.

Ряд книг был опубликован по вопросам банно-прачечного дела, санитарной обработки и дезинфекции (Я. Л. Окуневский, Т. Е. Болдырев, Б. К. Леонардов, Г. А. Михельсон и др.). Рост технического оснащения медицинской службы Красной Армии нашел отражение в подготовленном к печати и опубликованном сотрудниками Научно-исследовательского испытательного санитарного института «Пособии по полевой санитарной технике» (1939).

Реальная угроза применения в качестве одного из средств поражения химического оружия потребовала надлежащей подготовки военно-медицинских кадров к работе в обстановке возможной химической войны. Эти запросы военно-медицинской службы повлекли за собой издание в 30-е годы ряда книг и статей по вопросам патологии и терапии поражений боевыми отравляющими веществами и санитарно-химической защиты. В их числе получивший всеоб-

щее признание и широкую известность труд одного из основоположников санитарно-химического дела в нашей стране Г. В. Хлопина «Военно-санитарные основы противогазового дела», «Санитарная служба войск в обстановке химического нападения» Б. К. Леонардова; «Медико-санитарные основы военно-химического дела» Аничкова С. В., Лихачева А. А., Предтеченского Б. И. и др.

Бурный рост Военно-Воздушных Сил, оснащение их все более совершенной авиационной техникой обусловили быстрое развитие в нашей стране новой отрасли медицинской науки и практики — авиационной медицины. Ярким выражением этого процесса, как и потребности обеспечить авиационных врачей необходимыми им пособиями, явилось появление в 30-е годы отсутствовавшего ранее раздела военно-медицинской литературы по авиационной медицине. В числе изданных работ были сборники научных трудов Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова и Института авиационной медицины ВВС РККА, официальные руководства для врачей врачебно-летных комиссий ВВС РККА и по методике медицинского обследования летного состава и лиц, поступающих в авиационные учебные заведения, а также монографии, учебные пособия, многочисленные статьи.

Среди литературы по авиационной медицине особое место занимает руководство «Основы авиационной медицины», изданное в 1939 г. В предисловии к этому руководству говорилось, что оно представляет собой совокупность основных сведений по вопросам авиационной медицины в области физиологии, гигиены и медицинского обеспечения летной работы. В руководстве давалась обширная сводка научных исследований и обобщений опыта работы авиационных врачей, в частности, по вопросам медицинского обеспечения высотных и стратосферных полетов, парашютных прыжков, а также был приведен обширный список советской и иностранной литературы по авиационной медицине.

Несмотря на большое внимание, которое было уделено сразу же после окончания гражданской войны массовому развитию физической культуры и спорта в нашей стране и в Красной Армии, военные врачи еще долгое время не имели в своем распоряжении специальной литературы по медицинскому контролю за физической подготовкой личного состава Красной Армии. В начале 30-х годов стали появляться отдельные небольшие работы, посвященные этому вопросу. И только в 1939 г. Военно-медицинской академией было издано первое в нашей стране солидное руководство по медицинскому контролю за физической подготовкой личного состава Красной Армии под названием «Медико-санитарное обеспечение физической подготовки и спорта в РККА».

В предисловии к этой книге говорилось, что выпуск ее является «...первой попыткой дать оканчивающему ВМА слушателю пособие, в котором содержится материал по научным основам физической подготовки и спорта с вытекающими отсюда указаниями по их медико-санитарному обеспечению. При составлении пособия была широко использована советская и иностранная литература по физической культуре, официальные издания, а также указания

профессорско-преподавательского состава отдельных кафедр академии и врачей, практически работающих в этой области РККА».

В 30-е годы видное место в советской военно-медицинской литературе занимала информация о зарубежной военной медицине. Журнальные статьи, рефераты, монографии и сборники систематически знакомили читателей с наиболее видными новинками военно-медицинской литературы зарубежных стран. Военно-санитарное управление РККА с октября 1936 г. выпускало реферативный бюллетень «По страницам зарубежной военно-медицинской прессы». Это издание выходило ежемесячно, объем его составлял от одного до трех печатных листов.

Обзоры и рефераты зарубежных военно-медицинских изданий систематически публиковались до 1938 г. в журнале «Военно-санитарное дело». В дальнейшем эта информация потеряла столь регулярный характер и стала публиковаться значительно реже. Был написан и издан ряд книг монографического характера, освещающих опыт медицинского обеспечения войск Антанты в период первой мировой войны. Необходимость издания такого рода литературы обуславливалась не только потребностями ознакомления с состоянием военно-медицинского дела в армиях крупнейших капиталистических государств, но также и тем немаловажным обстоятельством, что опыт медицинского обеспечения русской армии в первую мировую войну оставался еще не разработанным и не обобщенным.

Ряд изданий военно-медицинской литературы второй половины 30-х годов был рассчитан на удовлетворение потребности подготовки среднего и младшего медицинского состава Красной Армии. В связи с этим был издан ряд учебников и учебных пособий, построенных применительно к программам обучения курсантов военно-фельдшерских школ.

В последнее предвоенное десятилетие широко развернулась издательская деятельность Военно-медицинской академии. Помимо учебников и учебных пособий, предназначенных для слушателей академии и написанных применительно к программам их обучения, в академии с 1934 г. начинают систематически издаваться сборники научных трудов. Об интенсивности этого издания свидетельствует тот факт, что к 1940 г. было издано 27 томов трудов академии. Почти все эти труды содержат статьи на военно-медицинские темы, а некоторые сборники посвящались целиком какой-либо из проблем военной медицины.

В первом советском сборнике трудов академии выпуска 1934 г. яркое отражение получила проведенная в 1933 г. реорганизация ее научно-исследовательской работы. Военно-медицинская специфика отчетливо видна в названиях статей первого тома: «О раннем вставании оперированных больных и значении его для военно-санитарной службы», «К вопросу о наилучшем ушном предохранителе при артиллерийской стрельбе, летной службе и других мощных акустических раздражителях», «К вопросу о ранней диагностике газовой гангрены» и т. д. Это издание трудов академии резко отличалось от предыдущих ее эпизодически выходивших сборников, которые, хотя

Б. Леонардов

Профессор Военно-медицинской академии РККА

Санитарная служба в войсковом районе

Учебник

по тактике военно-санитарной службы

Утвержден

комиссией по учебникам при Народном
комиссариате обороны СССР

Председатель комиссии Б. Фельдман



Государственное военное издательство
Москва — 1934

ИСПОЛКОМ СОЮЗА ОБЩЕСТВ КРАСНОГО КРЕСТА
И КРАСНОГО ПОЛУМЕСЯЦА

Ф. Г. КРОТКОВ

проф. Военно-медицинской академии РККА

РУКОВОДСТВО ПО ВОЕННОЙ ГИГИЕНЕ

СОСТАВЛЕНО ПРИ УЧАСТИИ
С. Е. БУРШТЫНА, П. Н. ПИСЕМСКОГО
и Г. М. ПОПОВА



ГОСУДАРСТВЕННОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МОСКВА — 1933 — ЛЕНИНГРАД

ОСНОВЫ АВИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

КРАТКОЕ РУКОВОДСТВО
ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ
СПЕЦИАЛЬНЫХ ВУЗОВ

СОСТАВИЛИ:

А. П. АПОЛЛОНОВ, Г. А. АРУТЮНОВ, И. Я. БОРШЕВСКИЙ,
Г. М. БЕЛОСТОЧНЫЙ, И. А. ВИННЕВСКИЙ,
Г. Е. ВЛАДИМИРОВ, Г. Р. ГРАЙФЕР, Х. Е. ГУРВИЧ, П. И. ЕГОРОВ,
П. Е. КАЗЫКОВ, Г. Г. КУЛИКОВСКИЙ, В. Г. МИРОЛЮБОВ,
А. П. ПОЛОВ, А. А. ПУХАЛЬСКИЙ, Д. Е. РОЗЕНБЛУМ, И. К. СОВЕН-
НИКОВ, В. А. СПАСКИЙ, В. В. СТРЕЛЬЦОВ, С. Н. СУББОТНИК,
С. С. ХОЛН

ПОД РЕДАКЦИЕЙ:

заслуженного деятеля науки проф. В. И. ВОЯЧЕКА,
проф. Д. Е. РОЗЕНБЛУМА, проф. Г. Г. КУЛИКОВ-
СКОГО (ответственный редактор), д-ра мед. наук
Н. А. ВИННЕВСКОГО, д-ра В. А. СПАСКОГО

НАРКОМЗДРАВ СССР
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ „МЕДГИЗ“
МОСКВА — 1933 — ЛЕНИНГРАД

Пролетарии всех стран, соединяйтесь!

ТРУДЫ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ Р. К. К. А.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Начальник Военком Академии Кангелари В. А.,
редактора отделов: профессора Андреев И. И.,
Аничков И. И., Аничков С. В., Аристовский В. М.,
Валькер Ф. И., Воячек В. И., Гирголап С. С.,
Кротков Ф. Г., Крылов Д. О., Леонардов Б. К.,
Орбели Л. А., Осипов В. П., Павловский Е. Н.,
Углов В. А., Шемкупенко В. И., Главн. руко-
водитель Соц. Эконом. Цикла — Мироненко Н. Г.

СЕКРЕТАРИАТ:

Преподаватели: Бондарев Н. И., Либерман Л. Б.,
Лубонский Д. И., Рапопорт П. Л., Таальман И. М.

Ответственный редактор — Кангелари В. А.

Ответственный секретарь — Рапопорт П. Л.

СБОРНИК I

ЛЕНИНГРАД

1934 г.

ИЗДАНИЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ Р. К. К. А.

и содержали полезные научные сведения, но были далеки от запросов армии и выпуск их нередко был частным делом отдельных ученых академии. В предисловии к первому тому говорилось, что академия отошла от прежней практики, когда в ней разрабатывался ряд не связанных друг с другом многочисленных инициативных тем и стала заниматься разработкой ограниченного количества больших комплексных научных проблем, диктуемых жизнью войск.

Сборники научных трудов стали регулярно издаваться в эти годы Институтом авиационной медицины, Московским коммунистическим (ныне Главным военным госпиталем Министерства Обороны СССР имени Н. Н. Бурденко) и Ленинградским красноармейским военным госпиталями, а также медицинской службой некоторых военных округов и флотов.

Характеризуя военно-медицинскую литературу 30-х годов, нельзя не упомянуть об одном очень полезном издании, предпринятом исполнительным комитетом Союза Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца при активном содействии и помощи Санитарного управления РККА. Речь идет о серии брошюр, издававшихся в период с 1930 по 1936 г. в помощь заочной подготовке военных врачей запаса, которая была в то время возложена на Общество Красного Креста. Всего было выпущено более 30 брошюр, посвященных различным вопросам организации медицинского обеспечения войск и другим разделам военной медицины. В их создании принимали участие видные деятели военной медицины того времени: М. И. Баранов, С. Е. Бурштын, Б. К. Леонардов и др.

На страницах военно-медицинской печати, начиная с 1939 г. по первую половину 1941 г. включительно, широко освещался опыт медицинского обеспечения боевых операций Красной Армии на Дальнем Востоке и в Финляндии. Многочисленные статьи и отдельные издания содержали обширные материалы, характеризовавшие все стороны деятельности военно-медицинской службы. При этом наряду с научным анализом приводимых фактических данных авторами, подавляющее большинство которых было активными участниками минувших боев, предлагались нередко конкретные мероприятия по дальнейшему совершенствованию форм и методов медицинского обеспечения войск Красной Армии.

В многочисленных статьях, опубликованных в журнале «Военно-санитарное дело» и других периодических медицинских изданиях, широко освещался опыт работы военно-полевых хирургов в полевых условиях. Авторами этих статей являлись виднейшие хирурги нашей страны: М. Н. Ахутин, С. И. Банайтис, Н. Н. Бурденко, А. В. Вишневский, В. В. Гориневская, Н. Н. Еланский, П. А. Куприянов, В. Н. Шамов и многие другие. Большое внимание в печати было уделено вопросам организации специализированной медицинской помощи. Этой важной проблеме были посвящены статьи В. И. Воячека, С. В. Гольмана, А. А. Лимберга, Б. Л. Поляка, Д. А. Энтина, А. И. Шапиро и других авторов. Обобщению организационно-тактического опыта медицинской службы Красной Армии были посвящены статьи Е. И. Смирнова, Н. И. Завалишина, А. С. Георгиевского, С. А. Семеки и др.

В Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова были изданы три сборника научных работ (тт. 28, 29 и 30) под названием «Вопросы организации санитарной службы (по опыту последних боев Красной Армии)». Ряд статей, обобщающих опыт медицинского обеспечения боевых действий Красной Армии, был опубликован в сборниках научных трудов Куйбышевской военно-медицинской академии. Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови выпустил сборник трудов «Опыт по обслуживанию действующей Красной Армии» (под редакцией В. Н. Шамова).

Широкую известность получили монографии М. Н. Ахутина «Хирургическая работа во время боев у озера Хасан» и «Хирургический опыт двух боевых операций». На основе обобщенного опыта хирургической работы в боевых условиях были написаны учебники военно-полевой хирургии М. Н. Ахутина, С. И. Банайтиса и П. А. Куприянова, Н. Н. Еланского, которые вышли в свет уже во время Великой Отечественной войны.

Давая оценку обширной советской военно-медицинской литературе, вышедшей в свет за весь предвоенный период, следует отметить, что она характеризовалась в целом высоким идейно-научным уровнем, актуальностью, разнообразием тематики, а также стремлением авторов возможно полнее соединить теорию военной медицины с практикой медицинского обеспечения войск.

Военно-медицинская литература этого периода отчетливо отразила процесс становления ряда новых отраслей советской военной медицины и этапы развития научных концепций в различных сферах медицинского обеспечения войск. Именно в это время впервые в нашей стране были изданы труды по ряду новых отраслей военной медицины и опубликованы новые положения, относящиеся к различным сторонам медицинского обеспечения Вооруженных Сил СССР.

* * *

Великая Отечественная война, повлекшая за собой срочную коренную перестройку всего народного хозяйства страны и мобилизацию всех сил для отпора агрессору, самым решительным образом повлияла на содержание и характер советской медицинской литературы: фронтовая тематика стала красной нитью проходить по страницам всей советской медицинской печати.

Активная творческая деятельность многочисленных представителей советской медицинской науки и военной медицины обеспечили выпуск в тяжелейшие военные годы более 12 000 печатных работ только на военно-медицинские темы. В этот период, особенно в начале войны, писать научные труды и издавать их было делом весьма трудным. Военно-медицинская литература создавалась ценой больших усилий руководства военно-медицинской службы, ученых-медиков, кадровых военных врачей и работников гражданских органов здравоохранения, призванных в армию или работающих в системе эвакуационных госпиталей Наркомздрава.

Развитию военно-медицинской литературы в тревожные годы войны способствовала активная деятельность Ученого медицинского

совета при начальнике Главного военно-санитарного управления и Госпитального совета Народного комиссариата здравоохранения СССР и союзных республик. В работе этих научно-консультативных органов принимало участие около 200 выдающихся ученых-медиков нашей страны. Почти все они неоднократно выступали в роли авторов и редакторов литературы, вышедшей в период войны и послевоенное десятилетие.

В первые месяцы войны, в связи с создавшейся тяжелой обстановкой в стране, медицинские журналы выходили нерегулярно. При этом первое время оборонная тематика в общемедицинских журналах была представлена слабо. Но с конца 1941 г. статьи военно-медицинского характера стали все в возрастающем количестве публиковаться на страницах периодической медицинской печати страны и в первую очередь в журнале «Военно-санитарное дело». На протяжении всей войны в журнале «Военно-санитарное дело» регулярно сообщались указания ГВСУ по различным вопросам медицинского обеспечения войск и методике лечения раненых и больных, печатались статьи по обмену опытом работы медицинских работников в войсках и лечебных учреждениях. Военно-морская медицинская тематика находила отражение преимущественно в бюллетене «Военно-морской врач», который издавался Медико-санитарным управлением Военно-Морского Флота.

Ряд статей по вопросам профилактической и лечебной работы, проводившейся в войсках и в лечебных учреждениях тыла страны, был опубликован в журналах «Хирургия», «Клиническая медицина», «Больничное дело», «Госпитальное дело» и др. Журнал «Госпитальное дело» был печатным органом Госпитального совета НКЗ СССР. Он стал выходить с 1942 г. и регулярно пропагандировал среди госпитальных врачей достижения медицинской науки, а также способствовал обмену передовым опытом лечебной работы в госпиталях системы Наркомздрава СССР.

На протяжении всей войны уделялось большое внимание изданию военно-медицинской литературы официального характера: руководств, наставлений, указаний, инструкций.

О масштабе издательской деятельности, связанной с выпуском официальной военно-медицинской литературы, можно судить по следующим фактам. Уже в первый год войны Главное военно-санитарное управление издало более двух десятков руководств, касавшихся различных направлений деятельности медицинской службы как в действующей армии, так и в тылу страны. За весь же период Великой Отечественной войны было выпущено до двухсот разного рода наставлений, инструкций и указаний. Наибольшее значение для медицинского обеспечения войск из официальных изданий имели «Наставление по санитарной службе Красной Армии», издававшееся дважды в ходе войны (1941 и 1942 гг.) и «Указания по военно-полевой хирургии», выдержавшее за годы войны три издания.

В 1942 г. в Куйбышеве вышло официальное издание Главного военно-санитарного управления и Центрального военно-исторического архива СССР «Санитарная служба русской армии в войне 1914—1917 гг. (сборник документов)». Хотя эта книга была издана

25 лет спустя после первой мировой войны, она все же служит полезным литературным источником для исследователей в этой области и прежде всего — для историков военной медицины.

В начале войны по заказу Главного военно-санитарного управления Военное издательство выпустило массовым тиражом «Популярную медицинскую библиотеку красноармейца». Это издание послужило ценным вкладом в дело укрепления здоровья личного состава Красной Армии. Большую пользу военным врачам принесла выпущенная в свет также в начале войны «Библиотека войскового врача». В нее входило около двух десятков книг и брошюр, освещающих наиболее злободневные вопросы практической деятельности врачей по оказанию медицинской помощи раненым и больным и проведению санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

В связи с призывом в Красную Армию многочисленного отряда гражданских врачей возникла острая нужда в военно-медицинской литературе учебно-методического характера. Эту потребность вскоре удалось удовлетворить путем ускоренного выпуска соответствующих руководств, что стало возможным благодаря трудам многих видных советских ученых-специалистов в области военной медицины.

Вышедшая за годы войны военно-медицинская литература охватывает все области военной медицины и все стороны медицинского обеспечения войск. Вся эта литература к настоящему времени почти полностью учтена в общих и специальных библиографических изданиях, приведенных в указателе литературы данной книги.

Обстановка военного времени способствовала резкому возрастанию интереса военно-медицинского состава к организационно-тактическим вопросам медицинского обеспечения войск. В периодической медицинской печати и, прежде всего, в журнале «Военно-санитарное дело» публикуются многочисленные статьи, освещающие опыт работы медицинской службы по организации медицинского обеспечения боевых действий Красной Армии. Авторами этих статей являлись преимущественно военные врачи, находившиеся в составе действующей армии.

Много статей организационно-тактического характера публиковалось в сборниках трудов, выпускавшихся на различных фронтах и даже в некоторых армиях. Гораздо меньше в годы войны издавалось организационно-тактической литературы более солидного, монографического характера. Для создания таких работ еще не было надлежащих условий. Лишь со второй половины войны начинают появляться отдельные книги этого профиля. Наибольшую известность из них получили труды Е. И. Смирнова «Проблемы военной медицины», «Вопросы организации и тактики санитарной службы», «Советские военные врачи в Отечественную войну» и др. В этих книгах обобщался огромный опыт всех звеньев медицинской службы на фронтах Великой Отечественной войны, в них находили свое отражение материалы пленумов Ученого медицинского совета, напряженная творческая деятельность главных специалистов ГВСУ, ведущих фронтовых и армейских специалистов и руководителей медицинской службы по дальнейшему совершенствованию организации

этапного лечения и специализированной медицинской помощи в действующей армии.

Трудные условия, в которых оказались Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова и Военно-морская медицинская академия в результате эвакуации их из Ленинграда, существенно ограничивали возможности по созданию учебных пособий. Но несмотря на это, в Самарканде в начале войны была издана в помощь слушателям Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, досрочно выпускаемым в действующую армию, «Памятка», в которой излагалась организация работы медицинской службы полка, а Военно-морской медицинской академией был выпущен в Кирове «Справочник по организации и тактике санитарной службы Военно-Морского Флота».

Исключительно обильна за время войны литература по военно-полевой хирургии. Многочисленные статьи по общим и частным вопросам этой отрасли военной медицины, принадлежавшие перу виднейших ученых нашей страны и рядовых военно-полевых хирургов действующей армии, заполнили страницы всех медицинских журналов хирургического профиля. Активно публиковались такие статьи и в сборниках, в большом количестве выпускавшихся в действующей армии и в тылу страны. Наряду с этими многочисленными статьями, было опубликовано большое число очень нужных и ценных для военно-полевых хирургов учебных пособий и других книг.

В блокированном Ленинграде в 1942 г. было издано под редакцией Н. Н. Петрова и П. А. Куприянова практическое руководство «Лечение ранений на войне», которое в 1945 г. вышло седьмым заново переработанным изданием под названием «Лечение военных ранений». Большой популярностью у военных врачей пользовались книги военного времени С. С. Гирголава «Военно-полевая хирургия в Великую Отечественную войну», А. А. Вишневского «Записки военно-полевого хирурга», В. В. Гориневской и М. Г. Рамма «Первая хирургическая помощь при травмах военного и мирного времени», «Заметки по военно-полевой хирургии» под редакцией С. С. Юдина и некоторые др. В начале войны был переиздан и такой классический труд по военно-полевой хирургии как «Начала общей военно-полевой хирургии» Н. И. Пирогова, впервые выпущенный в свет в 1865 г.

Никогда прежде не публиковалось такого большого количества работ по вопросам оказания специализированной хирургической помощи раненым, как в период Великой Отечественной войны. Это явилось прямым результатом бурного развития в годы войны многих видов специализированной медицинской помощи в качестве одного из важнейших элементов системы этапного лечения с эвакуацией по назначению. Многие сотни статей освещали различные вопросы оказания специализированной медицинской помощи и специализированного лечения при ранениях головы, органов грудной и брюшной полостей, бедра и крупных суставов нижних конечностей, различного вида ожогов и обморожений. Эта исключительно разнообразная тематика систематически публиковалась во всех общехирургических и узкоспециальных медицинских журналах, а также в многочисленных сборниках трудов.

В годы войны по этим специальным разделам военно-полевой хирургии был издан ряд руководств, указаний, учебных пособий и монографий, которые приведены в указателе литературы.

Большое внимание, уделявшееся при лечении раненых и больных в лечебных учреждениях действующей армии и в госпиталях тыла страны методам физиотерапии и лечебной физкультуры, обусловило публикацию ряда книг и статей по этим специальным разделам терапии.

В годы минувшей войны публикуется большое число статей, трактующих особенности течения ряда заболеваний в военное время, порядок эвакуации и этапное лечение больных, содержание и методы работы военных терапевтов. Это явилось ярким выражением становления военно-полевой терапии в качестве одной из важнейших отраслей военной медицины. В периодической печати: журналах и сборниках научных работ были опубликованы содержательные статьи М. С. Вовси, Н. С. Молчанова, А. Л. Мясникова, А. В. Куковерова и других специалистов этой отрасли военной медицины. Были изданы книги, в которых содержалось обобщение опыта работы военно-полевых терапевтов: «Объем терапевтической помощи на войсковых и армейских этапах эвакуации» Э. М. Гельштейна и Д. А. Филимонова (1941), «Элементы военно-полевой терапии» (1943), «Вопросы военно-полевой терапии» П. И. Егорова (1945).

Из печати вышел также ряд работ по вопросам патологии и терапии инфекционных болезней, из которых следует упомянуть «Справочник по инфекционным болезням» под редакцией И. Д. Юнина, выпущенный ГВСУ дважды во время войны. В 1941 г. вышло из печати третьим изданием руководство для врачей Н. Н. Савицкого «Частная патология и терапия поражений БОВ».

Литература по вопросам военной невропатологии и психиатрии была представлена отдельными книгами и преимущественно статьями, опубликованными в периодических медицинских изданиях. В числе книг по этим отраслям военной медицины, которые были изданы в период Великой Отечественной войны, следует упомянуть: «Указания по организации психиатрической помощи и психиатрической экспертизе во время войны», «Краткое пособие по невропатологии и психиатрии» для военных врачей, изданное в Уфе, «Вопросы психиатрического распознавания и определения годности к военной службе» В. П. Осипова, «Нервно-психические заболевания военного времени» под редакцией В. Н. Мясничева.

В годы войны было издано также несколько книг по вопросам, касающимся лечения кожно-венерических болезней в войсках и военно-морском флоте.

Литература по вопросам военной гигиены и военной эпидемиологии, изданная за время войны, отчетливо отражала практические запросы санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения войск, которые возникали в тот период перед медицинской службой Вооруженных Сил СССР. Много статей гигиенического характера было посвящено гигиене питания и водоснабжения войск. Особенно большое внимание при этом уделялось профилактике авитаминозов путем применения настоя и экстрактов, сделанных из

различных витаминсодержащих растений. В статьях эпидемиологического характера освещался опыт противозидемического обеспечения войск, в частности, организация и методы санитарно-эпидемиологической разведки.

В 1943 г. вышли из печати «Указания по организации гинекологической и лечебно-профилактической помощи женщинам, служащим в Красной Армии», свидетельствующее о внимании к многочисленному отряду женщин-военнослужащих и женщин, работавших по вольному найму в учреждениях Красной Армии. После выхода этого издания, были выпущены еще два пособия для женщин-фронтовиков: «Гигиена женщины» и «Гинекология военного времени» И. Ф. Жордания.

Среди военно-медицинской литературы, вышедшей из печати в военное время, числятся издания, относящиеся к патологоанатомической работе в Красной Армии, военно-врачебной и судебно-медицинской экспертизе: «Указания по патологоанатомической службе в Красной Армии» (1943); «Материалы по патологической анатомии боевой травмы» С. С. Вайля (1943); «Краткое руководство по военно-врачебной экспертизе» (1944); «Пособие по военной судебной медицине» М. И. Авдеева (1943).

Никогда прежде не издавалось такого множества различного рода коллективных научных трудов по военной медицине (сборников, бюллетеней, информационных материалов), как во время Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. Это явилось не только свидетельством кипучей деятельности советских медиков в годы войны, но и изменившегося характера их научной работы. На смену исследователям-одиночкам, изучавшим «на свой страх и риск» те или иные вопросы военной медицины и публиковавшим результаты своих исследований чаще всего «собственным попечением», пришли организованные коллективы военно-медицинских специалистов, руководимые авторитетными учеными.

Всего за годы войны было выпущено более 400 сборников трудов. Они издавались как в действующей армии, так и во многих тыловых районах страны. В их издании принимали участие самые различные организации и учреждения, вплоть до отдельных крупных госпиталей. Чаще всего это были издания, предпринятые санитарными управлениями фронтов, реже санитарными отделами армии и управлениями эвакуационных пунктов. Некоторые из этих сборников трудов издавались систематически. Такими периодическими изданиями были, например, сборники «Военная медицина на Западном (позже на 3-м Белорусском) фронте», «Труды лечебных учреждений 4-го Украинского фронта», «Труды лечебных учреждений фронтового эвакуационного пункта № 50» и «Сборники материалов и статей», издававшиеся на Ленинградском фронте, и некоторые другие.

В числе сборников научных трудов, имевших большое значение для обобщения опыта медицинского обеспечения Вооруженных Сил СССР за время Великой Отечественной войны и сыгравших важную роль в установлении единых принципов этого обеспечения, нужно прежде всего упомянуть труды пленумов Ученого

медицинского совета при начальнике ГВСУ, труды Ученого медицинского совета Медико-санитарного управления Военно-Морского Флота и Госпитального совета Наркомздрава СССР. Продолжали выходить труды военно-медицинских академий. Следует также упомянуть и два тома «Военно-медицинского сборника», подготовленных созданной в годы войны при АН СССР военно-санитарной комиссией.

С 1944 г. Главное военно-санитарное управление начало выпускать сборники научных и научно-практических работ по обобщению опыта войны под названием «Военная медицина в Великую Отечественную войну». За время войны было издано два выпуска этого издания. Кроме того, были выпущены сборники: «Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя», «Опыт работы врачей Северо-западного фронта». Систематически издавались информационные сборники рефератов зарубежных печатных работ «Военная медицина за рубежом», в которых освещался опыт медицинской службы иностранных армий и флотов во второй мировой войне.

Самоотверженности и героизму медицинских работников на фронтах Великой Отечественной войны были посвящены многие печатные труды первых лет войны. Среди этих изданий: «Медицинские работники в Отечественной войне» (1942) под редакцией Б. Д. Петрова; «Сестра» (1942), очерк Н. А. Семашко, посвященный подвигам медицинских сестер на войне; «Медики на фронте» (1941), С. М. Багдасарьяна; «Медицинские работники в боях за родину» (1941) М. И. Редькина и др.

Представление о том, какое огромное количество военно-медицинской литературы было издано за годы Великой Отечественной войны, можно получить из данных, приведенных в табл. 15.

Т а б л и ц а 15 *

Издание военно-медицинской литературы в период первой мировой и Великой Отечественной войн

Профили литературы	Первая мировая война (1914—1918)	Великая Отечественная война (1941—1945)
Организация и тактика медицинской службы	53	980 (неполные данные)
Военно-полевая хирургия	859	9544
Военно-полевая терапия	Отдельные статьи	1523
Военная гигиена и противоэпидемическая защита войск		495

* Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг., т. 1. М., 1951.

Эти данные являются убедительным свидетельством возросшего значения военной медицины в обеспечении боевых действий и бурного развития обширного комплекса военно-медицинских специальностей в период Великой Отечественной войны.

Заклячая этот раздел, следует отметить, что развитие военно-медицинской литературы в годы войны отчетливо отразило огромную по своим масштабам и чрезвычайно многообразную по своему характеру деятельность военных врачей и медицинских работников гражданских органов здравоохранения, направленную на решение задач медицинского обеспечения Красной Армии и Военно-Морского Флота на театре военных действий и в тылу страны. Военно-медицинская литература, изданная в годы Великой Отечественной войны, отличается от литературы этого профиля, опубликованной в предвоенное время не только громадным численным ростом. Тематика этой литературы приобрела в годы войны исключительное разнообразие, тесно связанное с общими задачами медицинской службы Вооруженных Сил СССР и особенностями патологии боевых травм и заболеваний среди войск. Большое внимание в литературе военных лет было уделено различным вопросам медицинского обеспечения войск, профилактике эпидемических заболеваний, внедрению наиболее рациональных методов этапного лечения раненых и больных. Многочисленная литература военных лет посвящена вопросам предупреждения инвалидности у пострадавших на войне, лечебным и профилактическим мерам, направленным на укорочение сроков восстановления здоровья легкораненых и быстреего возвращения их в строй. В многочисленных рецензиях на медицинскую литературу, вышедшую в военные годы, отмечались ее идеологическая выдержанность, научная зрелость и злободневность.

Все сказанное здесь о военно-медицинской литературе выпуска 1941—1945 гг. служит свидетельством того, что многочисленный отряд медицинских работников, невзирая на трудности и лишения военных лет, с исключительным напряжением выполнял повседневно в эти тяжелые для нашей Родины годы большую практическую, научно-исследовательскую и редакционно-издательскую работу.

* *
*

После окончания Великой Отечественной войны медицинская литература, издаваемая в нашей стране, еще долгое время сохраняла военную направленность, которая была характерна для нее в период 1941—1945 гг. На страницах всех без исключения медицинских журналов продолжалась публикация многочисленных статей, освещавших различные аспекты огромного и разностороннего опыта, приобретенного медицинской службой за эти военные годы. Обобщению опыта медицинского обеспечения Красной Армии и Военно-Морского Флота были посвящены и многие сборники работ, выпускавшиеся Главным военно-санитарным управлением, медицинской службой ряда военных округов и флотов, Военно-медицинской академией им. С. М. Кирова и некоторыми другими военно-медицинскими учреждениями. В эту огромную по своему масштабу и значению работу активно включились многие сотни и тысячи ученых и практических работников военного и гражданского здравоохранения, непосредственные участники недавних событий Великой Отечественной войны.

В августе 1944 г., приказом наркома здравоохранения СССР Г. А. Митерева, была образована комиссия, в задачу которой, в частности, входило объединение и систематизация материалов, характеризующих деятельность советского здравоохранения в военные годы, включая контакты между гражданскими органами здравоохранения и военно-медицинской службой. Некоторые из этих материалов позднее были использованы для литературы, посвященной опыту медицины в Великой Отечественной войне.

26 марта 1946 г., т. е. через 10 месяцев после окончания войны, Совет Министров СССР принял постановление «О научной разработке и обобщении опыта советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.». В исключительно короткий срок была проделана огромная работа, связанная со специально предпринятой статистической разработкой десятков тысяч госпитальных историй болезни военного времени, хранящихся в Военно-медицинском музее МО СССР. В основу подготовки «Опыта» был взят научный анализ полученных цифровых данных, а также многих архивных документов, характеризующих деятельность медицинской службы за время Великой Отечественной войны. Трудоемкая и очень сложная работа в кратчайший срок была выполнена в последующем при написании, редактировании и издании труда. Эта работа, в которой приняло участие около 1700 научных работников, деятелей гражданского и военного здравоохранения и практических врачей, была завершена выпуском в свет 35 томов общим объемом 1237 печатных листов всего лишь за 5 лет — с 1951 по 1955 г.

Труд «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.» состоит из 4 частей. Первая часть — «Хирургия» — включает 20 томов, отражающих многогранный опыт советских хирургов, приобретенный ими в лечебных учреждениях действующей армии и в тылу страны. Вторая часть труда — «Терапия» — включает 11 томов. Эта часть посвящена описанию заболеваний внутренних органов и нервной системы, кожных и инфекционных болезней личного состава Вооруженных Сил СССР за время войны. Третья часть — «Эпидемиология и гигиена» — включает 2 тома. В ней дана характеристика эпидемического состояния Советских Вооруженных Сил, изложены основные принципы противоэпидемической работы в войсках и среди населения, дана гигиеническая характеристика и оценка питания, водоснабжения и полевого размещения войск. В четвертой части труда — «Патология огнестрельной травмы» — включающей 2 тома, освещены механизмы огнестрельных ранений, сущность раневого процесса и патологии осложнений, развивающихся на различных этапах медицинской эвакуации.

В целом «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.» явился существенным вкладом в военно-медицинскую науку, способствующим улучшению качества лечебной и профилактической работы медицинской службы в мирное и военное время. Идеино-теоретический фундамент этого многотомного издания, хотя и содержал элементы господствовавшего в те годы субъективизма и догматизма, но вместе с тем был построен на основе марксистско-ленинской идеологии, на достижениях советской

и мировой медицинской науки, на громадном опыте медицинской практики в условиях величайшей из войн за всю историю человечества — Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. Вместе с тем этот труд не лишен и ряда серьезных недостатков, которые были отмечены в критических статьях и обзорах. В «Опыте», несмотря на его громадный объем, не нашел отражения ряд сторон медицинского обеспечения войск и работы органов здравоохранения во время войны, и что еще важнее, в нем далеко не полностью были вскрыты отрицательные стороны лечебной и профилактической работы советских медиков в годы войны.

Важным событием в истории советской военно-медицинской печати явился выход в свет «Энциклопедического словаря военной медицины» (ЭСВМ). Он состоит из шести томов (последний том справочно-библиографического характера) и представляет собой уникальное, не имевшее прецедента в прошлом, справочное пособие для широкого круга военных врачей. При этом, наряду со многими нередко впервые опубликованными сведениями историко-медицинского плана, статьи словаря содержат обширные данные, основанные на обобщении опыта медицинского обеспечения Вооруженных Сил СССР в период Великой Отечественной войны.

Этот фундаментальный труд общим объемом около 600 авторских листов, издание которого было начато в 1946 г. и завершено в 1949 г., содержит 1714 статей. В подготовке и издании словаря принимало участие около тысячи авторов, рецензентов и редакторов.

«Энциклопедический словарь военной медицины», как и многие другие советские справочные издания по медицине, отличался, в основном, своей объективностью и целеустремленностью в освещении фактов. Его многочисленные статьи-справки имели широкое практическое значение для военно-медицинской службы. Интерес к этому словарю сохранился у военных врачей и в наше время. Выход словаря был с одобрением встречен широким кругом советских военных и гражданских врачей.

В 1953 г. было выпущено в свет еще одно справочное пособие энциклопедического характера, рассчитанное на военных фельдшеров. Это — однотомный «Энциклопедический медицинский справочник для военного фельдшера» (главный редактор Н. И. Завалишин). Справочник имеет ярко выраженную практическую направленность и содержит статьи, охватывающие организационно-профилактическую и лечебную работу фельдшеров в войсках и в военно-лечебных учреждениях как в военное, так и в мирное время.

Фундаментальным трудом по военной медицине, вышедшим в первое послевоенное десятилетие, является «Атлас огнестрельных ранений», изданный Ленинградским отделением Медгиза в 1946—1955 гг. под редакцией П. А. Куприянова и И. С. Колесникова. Он содержит десять томов (тома I и II состоят из двух книг). Труд получил высокую оценку хирургов как весьма ценное пособие для преподавания военно-полевой хирургии и их практической работы. Атлас, по мнению видных хирургов, удачно сочетает в себе клинику огнестрельных повреждений с морфологической и патологоанатомической картиной, характерной для каждого конкретного вида ране-

ния. Вся представленная в атласе патология боевой травмы наглядно иллюстрируется рисунками и фотографиями с натуры, выполненными в соответствующих красках, а также рентгенограммами, схемами, историями болезней и т. д.

В первые годы послевоенного периода продолжалась публикация сборников, освещавших опыт медицинского обеспечения Советских Вооруженных Сил в период Великой Отечественной войны. Ряд таких сборников был подготовлен к изданию и выпущен Главным военно-медицинским управлением, в том числе ряд выпусков начатого еще во время войны издания «Военная медицина в Великую Отечественную войну». В эти годы издавались также тематические сборники, посвященные опыту медицинской службы некоторых фронтов. Ряд тематических сборников был посвящен обобщению опыта медицинского обеспечения Военно-Морского Флота. Издавались сборники научных работ и медицинской службой ряда военных округов — Московского, Киевского, Прибалтийского и др.

В этих сборниках, наряду со статьями, обобщавшими опыт медицины Великой Отечественной войны, во все возраставшем количестве печатались материалы, характеризующие работу медицинских учреждений военных округов в послевоенном периоде.

Героические подвиги медицинских работников в период Великой Отечественной войны были освещены в книгах Ф. В. Сатрапинского «Подвиги героев медиков в Великой Отечественной войне» (1961) и М. К. Кузьмина «Медики — Герои Советского Союза» (1965).

Дальнейшее совершенствование на основе опыта Великой Отечественной войны системы и методов медицинского обеспечения Вооруженных Сил СССР нашло отражение в издании ряда радикально переработанных, а также заново составленных официальных руководств, наставлений, указаний и инструкций, охватывающих все стороны деятельности медицинской службы Советской Армии и Военно-Морского Флота.

В первое послевоенное десятилетие вышли из печати многие учебники, учебные руководства и пособия по различным разделам военной медицины, написанные на основе опыта медицинского обеспечения Вооруженных Сил СССР в Великой Отечественной войне. Количество изданных в послевоенные годы книг монографического характера по частным вопросам военной медицины, в которых обобщался опыт лечебной и санитарно-профилактической работы, накопленный органами военного и гражданского здравоохранения за время Великой Отечественной войны, весьма велико. Литература эта выпускалась Государственным издательством медицинской литературы, Военным издательством, Военно-медицинской академией им. С. М. Кирова, Военно-морской медицинской академией, а также непосредственно некоторыми гражданскими высшими учебными и научно-исследовательскими медицинскими институтами.

Большое внимание, которое было уделено после окончания Великой Отечественной войны научной разработке исторического прошлого отечественной военной медицины, получило отражение и в военно-медицинской литературе. В Государственном медицинском издательстве и Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова был

издан ряд книг по истории военной медицины. Центральным институтом усовершенствования врачей также была издана серия брошюр и книг под общим названием «Очерки по истории военной медицины в России».

В этот же период при издании научного наследия крупнейших деятелей отечественной медицины был переиздан и ряд классических трудов по военной медицине Н. И. Пирогова, Н. Н. Бурденко, Н. В. Склифосовского, З. П. Соловьева и др.

Значительное число работ по истории отечественной, преимущественно советской, военной медицины было опубликовано в «Трудах Военно-медицинского музея Министерства обороны СССР» (вышло 18 томов).

Большое внимание уделялось изданию литературы по санитарному просвещению личного состава Советской Армии и Военно-Морского Флота. Только Военно-медицинским музеем МО СССР были выпущены за послевоенные годы многие десятки памяток и популярных брошюр по гигиене, физкультуре и спорту, инфекционным и кожно-венерическим болезням, первой помощи при ранениях, болезнях и отравлениях и другим вопросам.

С середины 50-х годов военно-медицинская литература приобретает новые черты, обусловленные техническим перевооружением современных армий и принятием на их оснащение оружия массового поражения. Изменившиеся условия деятельности медицинской службы и появление новых видов военной патологии, повлекшие за собой коренную перестройку системы и методов медицинского обеспечения войск, отразились самым непосредственным образом на содержании военно-медицинской литературы. Были переработаны и переизданы с учетом новых условий и организационных форм медицинского обеспечения войск все официальные наставления и руководства. Были изданы новые руководства и учебники, в которых излагались лечебно-эвакуационные, санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, связанные с возможностью применения в современной войне оружия массового поражения. По организации и тактике медицинской службы вышли в эти годы учебники под редакцией А. С. Георгиевского (для слушателей) и под редакцией Н. И. Завалишина (для студентов медвузов).

В 1962 г. был издан учебник «Военно-полевая хирургия» А. А. Вишневого и М. И. Шрайбера. В этой книге, удостоенной премии имени Н. Н. Бурденко, отражен большой опыт авторов в хирургическом лечении травм военного времени. Это первый советский учебник по военно-полевой хирургии, в котором дана характеристика комбинированных поражений, характерных для современной войны, и содержатся основные сведения по организации медицинской помощи, сортировке и лечению травматических повреждений на разных этапах медицинской эвакуации при применении оружия массового поражения. Ряд глав учебника посвящен частным вопросам военно-полевой хирургии.

По военно-полевой терапии был издан учебник Н. С. Молчанова «Военно-полевая терапия» (1961). Учебник этот предназначен для студентов высших медицинских учебных заведений и врачей. В нем

ЭНЦИКЛОПЕДИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Е. Н. СМЕРНОВ
ГЕНЕРАЛ-ПОЛКОВНИК МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

ТОМ ПЕРВЫЙ
АБСЦЕСС — ГЛАЗ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МОСКВА • 1945

Н. С. МОЛЧАНОВ

ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ТЕРАПИЯ

(РУКОВОДСТВО ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДВУЗОВ И ВРАЧЕЙ)

*Допущено отделом медицинских учебных заведений
и кадров Министерства здравоохранения СССР
в качестве учебника для студентов медицинских
института*



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ
ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ • 1961

О П Ы Т С О В Е Т С К О Й М Е Д И Ц И Н Ы В В Е Л И К О Й О Т Е Ч Е С Т В Е Н Н О Й В О Й Н Е 1941—1945 гг.

*

Т О М
1

МЕДГИЗ • 1952 • МОСКВА

А. А. ВИШНЕВСКИЙ, М. И. ШРАЙБЕР

ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ

*Допущено отделом медицинских
учебных заведений и кадров
Министерства здравоохранения СССР
в качестве учебника для студентов
медицинских институтов*

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МОСКВА — 1952

излагаются основные сведения по военно-полевой терапии, знание которых необходимо каждому врачу и прежде всего терапевту. Написанный в традициях М. Я. Мудрова, Р. С. Четыркина, А. А. Чаруковского, С. П. Боткина и других корифеев отечественной медицины, уделявших большое внимание заболеваниям внутренних органов у военнослужащих, «Военно-полевая терапия» Н. С. Молчанова является первым отечественным учебником в этой области, не только обобщившим опыт Великой Отечественной войны, но и показавшим дальнейший путь развития военно-полевой терапии в послевоенном периоде строительства Советской Армии. В учебнике широко представлен большой личный опыт автора, крупного специалиста военно-полевой терапии.

Автор этого учебника Н. С. Молчанов является также составителем ряда официальных изданий по военно-полевой терапии для военных врачей.

В послевоенном периоде активно протекала издательская деятельность Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова. К середине 1966 г. было опубликовано 135 томов трудов Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова (с 36-го по 171-й), в том числе по таким актуальным военно-медицинским проблемам современности, как лучевая болезнь, шок, ожоги, переливание крови и ее заменителей, физиология и гигиена военного труда и многим другим. В академии за последние десять лет были изданы десятки учебников и учебных пособий по всем учебным дисциплинам, профилирующим подготовку военного врача, таким, например, как организация и тактика медицинской службы, военно-полевая хирургия, военно-полевая терапия, военная гигиена, военная эпидемиология, авиационная медицина, военно-медицинская география, военно-медицинское снабжение, военно-медицинская статистика и др. Из этих учебников мы показали здесь лишь отдельные, занимавшие ведущее место в учебном процессе дисциплин военно-медицинского профиля. К ним следует отнести такие издания как: «Военно-полевая терапия (радиационные поражения, поражения БОВ, отравления техническими жидкостями)» под редакцией Б. Д. Ивановского (1958); «Учебник военно-морской и госпитальной терапии» З. М. Волынского и А. А. Крылова (1965); «Военно-полевая хирургия» под редакцией А. Н. Беркутова (1965); «Учебник общей и военной гигиены» под редакцией А. Н. Калмыкова (1960); «Учебник по военно-морской гигиене» под редакцией Н. И. Боброва (1964).

В конце 50-х и в 60-е годы в Ленинграде были изданы три учебника по военной эпидемиологии. Среди них первый отечественный учебник по этой дисциплине «Военная эпидемиология», изданный в 1957 г., для слушателей ВМОЛА им. С. М. Кирова под редакцией И. И. Рогозина и В. Д. Белякова и «Курс частной военной эпидемиологии» под ред. И. И. Рогозина (1962). В том же 1962 г. Государственным издательством медицинской литературы в Ленинграде был выпущен также под редакцией И. И. Рогозина учебник «Военная эпидемиология» для студентов высших медицинских учебных заведений.

Вопросы военной эпидемиологии в мирное и тем более в военное время всегда были и остаются очень актуальными для медицин-

ской печати. История развития этой дисциплины как науки может служить подтверждением этого высказывания. Большое значение для профилактики эпидемий в нашей стране имеет та литература по военной эпидемиологии и, в частности, противоэпидемической защите войск и населения, которая широко использует исторический опыт медицины в этой области (отечественной и зарубежной), написана на уровне требований современной науки и учитывает специфику в жизни и деятельности советских войск. Этим качествам, по мнению рецензентов и читателей, отвечают, в основном, выше указанные учебники по военной эпидемиологии, написанные опытным в этой области авторским коллективом.

В рассматриваемых учебниках содержатся такие важные и новые разделы военной эпидемиологии, как «Военная эпидемиология как раздел эпидемиологической науки и отрасль военной медицины»; «Элементы эпидемиологического анализа и прогноза»; «Организация противоэпидемического обеспечения войск Советской Армии и ВМФ в период Великой Отечественной войны»; «Противоэпидемическое обеспечение войск в обстановке современных военных операций» и др. Учебники эти выполняют важную роль в подготовке слушателей и студентов-медиков по вопросам военной эпидемиологии и противоэпидемической защиты войск.

В эти же годы Военно-медицинская академия выпустила из печати ряд работ монографического характера и лекций, имеющих отчетливую военно-медицинскую направленность.

Учебники по военной медицине 50-х и 60-х годов, по мнению рецензентов, преподавателей и читателей, написаны с учетом не только опыта Великой Отечественной войны, но и последних достижений современной отечественной и мировой военно-медицинской науки. Большинство из них отличает высокий идейно-научный уровень, четкая методическая отработанность, ясность и точность формулировок, насыщенность фактическим материалом, необходимым для изучения слушателями и студентами, связь теоретических положений с жизнью войск.

Активная издательская деятельность, правда, несколько меньшего масштаба, чем в Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, была характерна и для Военно-морской медицинской академии до момента ее объединения с первой. Подавляющее большинство этой литературы было посвящено различным областям военно-морской медицины, организации и тактике медицинской службы Военно-Морского Флота, военно-морской гигиене и противоэпидемической защите, физиологии военно-морского труда, военно-морской хирургии и военно-морской терапии, истории военно-морской медицины и т. д. Основная литература этого профиля приведена в библиографическом указателе этой книги.

Широко и всесторонне освещает на своих страницах актуальные проблемы военной медицины и насущные вопросы военно-медицинской практики центральный печатный орган медицинской службы Вооруженных Сил СССР — «Военно-медицинский журнал». На его страницах всесторонне отражен опыт медицинского обеспечения Совет-

ской Армии и Военно-Морского Флота в годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. «Военно-медицинский журнал» систематически публикует материалы, освещающие задачи медицинского обеспечения войск на современном этапе развития Вооруженных Сил СССР и советской военной медицины. С этой целью в журнале регулярно печатаются установочные статьи начальника ЦВМУ МО СССР генерал-лейтенанта медицинской службы Д. Д. Кувшинского и других руководящих работников управления. Большое число статей, опубликованных в журнале за последние годы, были посвящены актуальным проблемам современности — воздействию ионизирующего излучения на организм, профилактике и лечению лучевой болезни, проблемам лечения ожогов, военной токсикологии, противобактериологической защиты и т. п.

По некоторым жизненно важным вопросам медицинского обеспечения войск в условиях современной войны журнал организовал открытые дискуссии. Так, например, в 1961—1962 гг. на страницах журнала широко обсуждались современные проблемы военно-полевой хирургии, содержание и задачи военно-полевой терапии, дальнейшие пути развития войсковой медицинской службы и системы оказания квалифицированной медицинской помощи. Систематически и широко публикуются статьи, освещающие опыт профилактической и лечебной работы войсковых и госпитальных врачей, периодически журнал дает информацию и о текущих событиях: научно-практических конференциях военных врачей, юбилейных датах и т. п. Редколлегия журнала прилагает большие усилия по укреплению своей связи с округами и флотами, с жизнью и деятельностью Советских Вооруженных Сил и их медицинской службы. Регулярно проводятся с этой целью читательские конференции, выезды сотрудников журнала в округа и на флоты и т. п.

В 50-е годы советская военно-медицинская периодика пополнилась двумя новыми изданиями. С 1955 г. Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова выпускает «Информационный бюллетень по вопросам военно-медицинской службы иностранных армий и флотов». В бюллетене публикуются переводы и рефераты статей из иностранных военно-медицинских периодических изданий.

Вторым периодическим печатным органом Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова является многотиражная газета «Военный врач». 4 ноября 1958 г. вышел первый ее номер. Тем самым был возобновлен печатный орган академии, выпуск которого (многотиражной газеты «Кировец», ранее — «Наша искра») прекратился в 1941 г. Газета поддерживает тесную связь со многими молодыми врачами — выпускниками академии. Последние выступают на ее страницах по вопросам войсковой службы врача и делятся своими впечатлениями о полученных ими в академии знаниях и применении их в войсковой практике. Газета «Военный врач» мобилизует коллектив академии на выполнение стоящих перед ним задач. Она играет важную роль в идейно-политическом воспитании ее постоянного и переменного состава. Говоря о советской военно-медицинской литературе, нельзя обойти молчанием второе издание Боль-

ВОЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

УЧЕБНИК

под редакцией заместителя-корреспондента АМН СССР,
профессора И. И. РОГОЗИНА и В. Д. БЕЛЯКОВА



ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ СОЮЗА ССР

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Издаётся с 1933 года



ИЗДАТЕЛЬСТВО «КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»
МОСКВА

Титульные листы военно-медицинских
изданий

шой медицинской энциклопедии. Редколлегия этого издания уделила серьезное внимание военно-медицинской тематике. Из 10 000 статей энциклопедии около 200 посвящены важнейшим вопросам военной медицины, в том числе боевым травмам от современного оружия массового поражения и военной патологии. Эти статьи, как правило, написаны видными специалистами военной медицины. Подавляющее их большинство заслужило высокую оценку рецензентов. В настоящее время статьи по проблемным вопросам военной медицины публикуются в Малой медицинской энциклопедии, второе издание которой начало выходить в свет в конце 1965 г.

В нашем кратком обзоре показаны лишь основные вехи на пути развития советской военно-медицинской литературы и упомянуты только отдельные печатные произведения. В действительности же творческий труд советских ученых, врачей по созданию этой отрасли медицинской литературы гораздо полнее и ярче, а ее литературный фонд значительно богаче изданиями, освещающими различные стороны военной и военно-морской медицины. Свидетельством этого может служить, в частности, тот факт, что советская военно-медицинская литература численно и по тематике намного опередила всю литературу этого профиля, изданную в царской России за 217 лет. В годы Великой Отечественной войны и послевоенный период советская военно-медицинская литература издавалась и выходит

в настоящее время более, чем по 20 медицинским специальностям.

Весьма благотворно сказались на развитии советской военно-медицинской литературы в послевоенном периоде исторические решения XX и последующих съездов партии и пленумов ЦК КПСС. В итоге твердого курса и упорной борьбы нашей партии за восстановление ленинских норм партийной и государственной жизни, за ликвидацию последствий культа личности, против проявлений субъективизма, догматизма и начетничества во всех сферах общественной

За нашу советскую Родину!

ВОЕННЫЙ ВРАЧ

НОЯБРЬ
4
Вторник
ГОД ИЗДАНИЯ
ПЕРВЫЙ

№ 1

ГАЗЕТА ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ ОРДЕНА ЛЕНИНА
АКАДЕМИИ ИМЕНИ С. М. КИРОВА

1958 г.

С ЧЕСТЬЮ РЕШИМ ПОСТАВЛЕННЫЕ ЗАДАЧИ

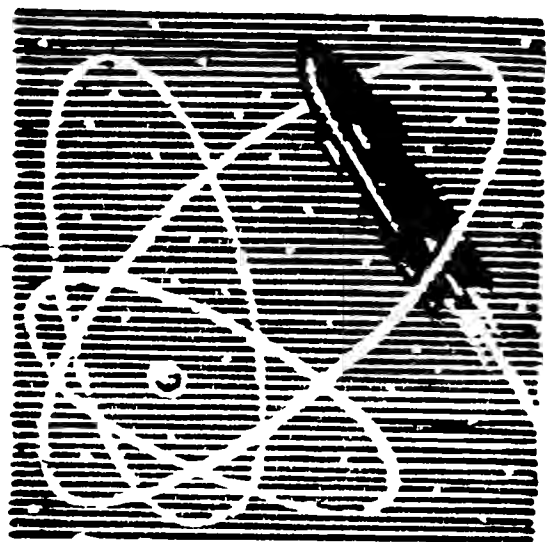
Газета «Военный врач».

жизни в нашей стране создавалась наиболее благоприятная атмосфера для развития всех отраслей советской науки и для строго научного подхода к решению любых задач коммунистического строительства. Это самым положительным образом отразилось и на развитии советской военной медицины, в том числе и на военно-медицинской литературе послевоенного периода. Для нее стали еще более характерными высокий идейно-научный уровень, всестороннее отражение роли медицины в войсковой жизни, строго научный подход к отбору и анализу фактов, более критическая оценка прошлого и настоящего, целеустремленная, научно обоснованная направленность ее дальнейшего развития.

Все это дает нам право с полным основанием утверждать, что советская военно-медицинская литература была, есть и будет активным проводником научных знаний, способствующим дальнейшему развитию советской военно-медицинской науки и практики.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ



С тех пор как на полях сражений в годы гражданской войны и иностранной военной интервенции начала свой нелегкий путь советская военная медицина, прошло 50 лет. На

протяжении этого полувекового периода, насыщенного событиями всемирно-исторического значения, разделяя с воинами наших Вооруженных Сил все трудности, опасности и испытания походно-боевой жизни, многотысячная армия военных медиков с честью решила сложные и ответственные задачи медицинского обеспечения личного состава Советской Армии и Военно-Морского Флота.

Величайший гуманизм, самоотверженность, беззаветная преданность Коммунистической партии и Советскому правительству, патриотизм, высокая идейность, массовый героизм и готовность в любых условиях выполнить свой долг — таковы славные традиции советских военных врачей и всего медицинского состава нашей армии и флота, сложившиеся в этот исторический период. Наиболее ярко и убедительно проявились эти качества в годы Великой Отечественной войны против немецко-фашистских захватчиков, которая явилась самым суровым испытанием моральных и духовных сил советского народа.

Велик и неоценим вклад, внесенный самоотверженным трудом военных медиков в дело разгрома многочисленных врагов, посягнувших на границы нашей великой Родины. Исторический опыт убедительно свидетельствует о том, что с тех пор как войны стали вестись многомиллионными армиями, хорошо организованное медицинское обеспечение приобрело значение фактора, прямо направленного на достижение победы. Это особенно наглядно подтвердил опыт второй мировой войны, самой опустошительной и кровопролитной из войн за всю историю человечества. В ходе второй мировой войны воюющие государства из-за больших потерь с огромным напряжением осуществляли комплектование своих армий личным составом. Уже в 1942 г., по опубликованным данным, Германия поставила под ружье 13,4% своего населения. В результате этого пополнение немецко-фашистской армии личным составом за счет призыва на военную службу новых контингентов в последующем резко сократилось и составляло около 150 000 чел. в месяц, вместо 300 000 в 1942 г. Наша страна также испытывала серьезные трудности в укомплектовании личным составом Красной Армии и Военно-Морского Флота.

В этих условиях раненые и больные, возвращаемые после лечения из госпиталей в строй, стали одним из основных источников пополнения людскими контингентами наших Вооруженных Сил. Благодаря постоянному вниманию и заботам Коммунистической партии

и Советского правительства о быстрейшем восстановлении здоровья и боеспособности раненых воинов медицинская служба Вооруженных Сил СССР добилась в годы войны высоких результатов своей работы, вернув в строй 72,3% раненых и 90,6% больных.

История военной медицины не знает примеров, когда бы в таких сложных условиях при огромном масштабе лечебно-эвакуационных мероприятий были достигнуты столь благоприятные результаты медицинского обеспечения.

Восприняв все лучшее и прогрессивное, что было создано трудами М. Я. Мудрова, Н. И. Пирогова, С. П. Боткина, В. А. Оппеля и других выдающихся деятелей военно-медицинской науки дореволюционного периода, бережно сохраняя и приумножая славные традиции отечественной военной медицины, советские медики, широко используя решающие преимущества нашего советского государственного и общественного строя, создали и успешно реализовали в период Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. высокоэффективную систему организации медицинского обеспечения боевых действий войск. Эта система позволила рационально использовать достижения медицинской науки и советского здравоохранения. Тем самым в историю мировой и отечественной военной медицины была вписана новая яркая страница, убедительно показавшая решающие преимущества советского здравоохранения.

Неумолимые законы времени все дальше отодвигают от нас события и факты, героические образы выдающихся деятелей советской военной медицины, тяжелые уроки и опыт, добытые дорогой ценой. Между тем, еще более сложные и трудные задачи, возникшие перед военной медициной на современном этапе развития наших Вооруженных Сил, требуют всестороннего критического анализа и оценки этого опыта с учетом новых требований.

В творческих поисках и исканиях советские медики критически изучали научное наследие и опыт военной медицины прошлого и внесли много нового в разработку наиболее актуальных проблем патогенеза, клиники и этапного лечения важнейших видов боевой травмы и военной патологии, форм и методов медицинского обеспечения войск в различных условиях и видах боевых действий. Результаты этих исследований были широко использованы для разработки как единых принципов профилактики и лечения ранений и заболеваний, так и организационных основ медицинского обеспечения Красной Армии и Военно-Морского Флота.

Именно на этой основе была разработана наиболее прогрессивная и эффективная система этапного лечения с эвакуацией по назначению, которая предусматривала проведение преемственных и последовательных лечебных мероприятий в сочетании с эвакуацией по назначению (медицинским показаниям) с учетом боевой обстановки. Сформулированная в основном перед началом Великой Отечественной войны и являвшаяся как бы квинтэссенцией всего предшествующего опыта советской военной медицины система этапного лечения с эвакуацией по назначению получила окончательное завершение и реализацию уже в ходе ожесточенных сражений этой войны.

Не будет преувеличением сказать, что решение этой трудной задачи в исключительно неблагоприятных условиях начального периода войны потребовало огромных усилий от всего медицинского состава, величайшей энергии, настойчивости и организаторского таланта от руководителей медицинской службы. Для успешного ее решения требовалось создать мощную сеть специализированных госпиталей и средств их усиления, организовать бесперебойную, планомерную эвакуацию раненых и больных всеми видами транспорта, обеспечить рациональный и своевременный маневр медицинскими учреждениями с целью создания госпитальных баз на операционных направлениях, четкое и непрерывное управление силами и средствами медицинской службы, квалифицированное руководство их сложной, многогранной деятельностью, полноценное материально-техническое и медицинское снабжение.

Как явствует из содержания предшествующих глав труда, все эти задачи огромной государственной важности были своевременно и успешно решены в предельно сжатые сроки благодаря огромной помощи партии и правительства, которую они систематически оказывали органам советского здравоохранения и военной медицины. Трудно также переоценить исключительно важное значение огромной творческой организаторской работы, которая была осуществлена Главным военно-санитарным управлением, возглавлявшимся генерал-полковником медицинской службы Е. И. Смирновым, военно-медицинскими управлениями фронтов, Военно-медицинской академией им. С. М. Кирова, медицинской службой военных округов и флотов для того, чтобы воплотить в жизнь систему этапного лечения с эвакуацией по назначению в таких огромных масштабах и в столь сложных и трудных условиях, какие сложились для медицинской службы в годы Великой Отечественной войны.

Созданная в самом начале становления советской военной медицины стройная централизованная система управления медицинской службой, при которой все основные руководящие функции медицинского обеспечения были сосредоточены в руках высококвалифицированных опытных военных врачей, полностью себя оправдала и обусловила успешную реализацию системы этапного лечения с эвакуацией по назначению. Опыт войны показал, что эта система оказалась наиболее эффективной, а следовательно, и гуманной, соответствующей особенностям и характеру боевых действий, уровню развития военной и медицинской науки этого периода. Благодаря ее реализации советская военная медицина добилась высоких результатов лечения раненых и больных и осуществила такой объем лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, который по своим размерам и значению может быть приравнен к величайшему трудовому и воинскому подвигу.

Штатно-организационная структура медицинской службы, которая непрерывно совершенствовалась в ходе войны и получила полное завершение к моменту ее окончания, позволяла успешно осуществлять различные формы маневра и организовывать эффективное медицинское обеспечение в самых различных условиях ведения боевых действий. Вместе с тем в ходе войны и особенно в наступатель-

ных операциях завершающего периода выявился и ряд ее недостатков. Главный из них — многоэтапность, трудность маневра и ограниченные возможности быстрого оперативного выдвижения полевых медицинских учреждений на направления главного удара и в районы максимальных потерь.

Опыт Великой Отечественной войны ярко показал тесную зависимость конкретных форм медицинского обеспечения боевых действий войск от оперативно-боевой обстановки. Известно, что в первом периоде войны, в связи с вынужденным отходом войск Красной Армии количество сил и средств медицинской службы в армиях было крайне ограничено. Основная масса полевых медицинских учреждений была сосредоточена во фронтах и в центре. В создавшейся обстановке пришлось резко сократить объем медицинской помощи в войсковом районе и сосредоточить основное внимание войсковой медицинской службы на выносе раненых с поля боя и подготовке их эвакуации. Первичная хирургическая обработка ран осуществлялась, как правило, в армейских госпиталях и даже эвакуационных госпиталях ближнего тыла.

Благодаря этому стало возможным осуществлять маневр крайне ограниченными в то время медицинскими учреждениями и эвакуационно-транспортными средствами и наиболее эффективно использовать имеющиеся силы и средства медицинской службы. По состоянию на 1 января 1942 г. в армиях было всего 7,4%, во фронте — 28,4%, в глубоком тылу — 64,2% общего количества госпитальных коек, которые были в то время развернуты в стране.

В последующие периоды войны, когда советские войска прочно захватили стратегическую инициативу, а успешные наступательные операции Красной Армии, проводившиеся в сравнительно высоких темпах и на значительную глубину, стали обычным и закономерным явлением, военно-медицинская служба решительно пересмотрела формы и методы организации медицинского обеспечения войск.

Приближение медицинской помощи к полю боя, всемерное расширение объема медицинской помощи, прежде всего в войсковом и армейском районах, резкое увеличение сил и средств в армиях и во фронтах — вот что было характерным в это время. Резко поднялась хирургическая активность в медико-санитарных батальонах дивизий и хирургических полевых госпиталях первой линии. По опубликованным данным, при уничтожении окруженной группировки противника под Сталинградом оперируемость на ДМП достигала 42,8%, а в Белорусской операции — 62,1%¹.

В армиях были созданы госпитальные базы, включавшие специализированные полевые подвижные и эвакуационные госпитали. Лечение легкораненых стало возможным осуществлять непосредственно в армейском районе — в специально предназначенных для этого госпиталях, а эвакуация легкораненых в тыл практически прекратилась. Во фронтах также были созданы мощные госпитальные базы, в которых обеспечивалось исчерпывающее оказание специализиро-

¹ Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг., т. 1, стр. 112.

ванной медицинской помощи. В связи с этим резко изменилось соотношение лечебных учреждений действующей армии и тыла. По состоянию на 1 января 1943 г. количество коек в армейском районе составило 27,6%, во фронтовом — 27,5%, а вместе — 55,1% всей коечной емкости страны. В глубоком тылу осталось только 44,9% или менее половины всех коек. В последующем количество коек в тыловом районе страны продолжало снижаться и к 1 января 1944 г. составило лишь 34,8%¹.

Благодаря наличию мощных госпитальных баз в армиях, в состав которых были включены специализированные госпитали, стала проводиться в широких масштабах, начиная с дивизионных медицинских пунктов и хирургических полевых подвижных госпиталей первой линии, эвакуация раненых и больных по назначению; специализированная медицинская помощь была максимально приближена к полю боя. При этом оказание медицинской помощи в специализированных госпиталях армейских и фронтовых госпитальных баз осуществлялось высококвалифицированными специалистами, которые обеспечили широкое внедрение новейших лечебно-диагностических методов на основе последних достижений медицинской науки.

Таким образом, организация и осуществление оперативного маневра объемом медицинской помощи на основе всестороннего анализа оперативно-тактической и медицинской обстановки, максимальное сокращение сроков оказания всех видов медицинской помощи и широкая ее специализация, начиная с госпитальных баз армий, явились важнейшими мероприятиями, впервые успешно реализованными советской военной медициной в оперативно-стратегических операциях, проводимых в высоких темпах и на большую глубину.

Массовые эпидемии всегда были постоянными спутниками войн, причем потери от заразных болезней нередко значительно превышали количество раненых. В первую мировую войну 1914—1918 гг. эпидемические вспышки инфекционных заболеваний наблюдались во всех армиях, нанося существенный урон их боеспособности. Широкое распространение получили они и в русской армии. Известно, что и в период второй мировой войны в армиях многих государств медицинской службе также не удалось обеспечить устойчивого эпидемического благополучия.

В Красной Армии и Военно-Морском Флоте на протяжении всей минувшей войны не было эпидемий. Инфекционные заболевания не получили такого массового распространения и среди гражданского населения, как это было во всех прошлых войнах, несмотря на исключительные трудности коммунально-бытового обслуживания. Надежная противоэпидемическая защита войск и населения была обеспечена высоким санитарно-гигиеническим состоянием страны, достигнутым в предвоенный период, и проведением комплекса научно обоснованных санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, разработанных гражданским и военным здравоохранением.

¹ Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг., т. 1, стр. 90.

Разработка и успешная реализация высокоэффективных мероприятий противэпидемической защиты войск, создание мощных квалифицированных и маневренных противэпидемических частей и учреждений, оперативное их использование и четкое управление ими, осуществляемое главными эпидемиологами армий и фронтов в сложной обстановке на различных театрах военных действий — крупное достижение советской военной медицины, обеспечившее устойчивое санитарно-эпидемическое благополучие Советских Вооруженных Сил.

Войны XX столетия отчетливо и убедительно показали тенденцию к непрерывному возрастанию людских потерь. Так, если в первую мировую войну погибло 10 млн. чел., то во вторую — уже 50 млн. чел. Соответственно возросло в несколько раз и количество раненых. Бурное развитие боевой техники создало условия для массового производства всепокрушающих средств поражения живой силы, разрушения и уничтожения материальных ресурсов воюющих государств.

Опыт последних двух мировых войн показал, что масштабы и размеры потерь в людях в результате воздействия этих средств чрезвычайно велики и приводят к истощению людских ресурсов уже в первые месяцы войны. При этом отмечается явное, все более возрастающее несоответствие между быстрым развитием и совершенствованием средств поражения людей и весьма ограниченными возможностями ликвидации последствий этих поражений, особенно в части, касающейся лечения и восстановления здоровья пораженных.

Исходя из этого, можно утверждать, что решение актуальных проблем военной медицины и создание оптимальных условий для успешного выполнения задач медицинского обеспечения войск являются важнейшими элементами укрепления военной мощи нашего государства. Исключительные трудности и сложность решения этих задач, обусловленные современными тенденциями развития средств поражения, требуют широкого привлечения к их решению всего военно-медицинского потенциала страны, всех возможностей гражданского и военного здравоохранения.

Как указывает Маршал Советского Союза И. Х. Баграмян «проблема сохранения огромного числа раненых и возвращения их в строй в самые короткие сроки является одной из самых сложных и актуальных во всей деятельности не только тыла, но и командования войсками всех степеней... Медицинская защита личного состава вооруженных сил и быстрое восполнение людских потерь за счет возвращения в строй раненых и больных после лечения становятся фактором оперативного и даже стратегического значения»¹.

События мировой истории говорят о том, что силы социализма, мира и прогресса с каждым днем крепнут и это вселяет глубокую уверенность в неизбежности победы коммунизма на земле. В отчетном докладе Центрального Комитета КПСС на XXIII съезде дана исчерпывающая оценка международного положения. Оно характе-

¹ И. Х. Баграмян. Всемерно повышать боеготовность медицинской службы. «Военно-медицинский журнал», 1963, № 5.

ризуется неуклонным ростом влияния Советского Союза и всей мировой системы социализма, новыми победами стран и народов, борющихся против колониального ига за свою независимость и прогресс. Эти успехи радуют нас и наших друзей. В то же время они вызывают бешеную злобу и ненависть в стане врагов. Империалисты не могут примириться с победоносным шествием Советского Союза к коммунизму. Они не отказались от бредовой идеи силой уничтожить социалистические страны.

Американские империалисты и их пособники пытаются изменить ход истории и спасти капиталистическую систему. Ради этой цели они упорно раздувают гонку вооружений, ведут усиленную подготовку к войне. Агрессивная природа американского империализма еще сильнее обнажилась в последнее время. Военные акции руководства США, его авантюристическая политика ведут к дальнейшему обострению международной обстановки и представляют величайшую опасность для народов мира.

Возрастание военной опасности проявляется в первую очередь в усиливающейся милитаризации капиталистической экономики, в увеличении ассигнований на военные цели, в гонке вооружений. В 1939 г. прямые и косвенные военные расходы США составляли 3,5% национального дохода, в 1949 г. — 11,4%, в 1962 г. — 17%. За 20 послевоенных лет военные затраты США в 48 раз превзошли их военные расходы за два десятилетия перед второй мировой войной и составили более 850 млрд. долларов.

Милитаризация все больше и больше подчиняет своему воздействию науку капиталистических стран. В военной области используется около 60% всего научного персонала США¹, 60% искусственных спутников Земли, запускаемых в США, имеют прямое военное назначение. Беспрецедентным в истории является создание империалистическими государствами многомиллионных армий в мирное время.

В апреле 1966 г. численность вооруженных сил США превысила 3 млн. чел. В 1962 г. в регулярных войсках капиталистических стран, входящих в агрессивные военные блоки, было 8,2 млн. чел.

Агрессивная природа американского империализма, опасность, которую он несет свободе, независимости и миру народов, с особой силой проявились в преступной войне во Вьетнаме, которая таит в себе постоянную угрозу перерастания в новую мировую войну. Агрессия, если она не пресекается, всегда имеет тенденцию к расширению.

Пентагон рассматривает всю территорию Вьетнама как испытательный полигон для отработки новых видов оружия, в том числе химического и бактериологического. В Сайгоне размещен американский центр по изучению методов ведения бактериологической и химической войны. Американские и западно-германские специалисты исследуют наиболее эффективные способы применения отравляющих веществ и бактериологического оружия. Серьезные усилия они направляют на разработку новых средств химической войны. При

¹ П. В. Соколов. Война и людские ресурсы. 1961, стр. 102.

этом главная ставка делается на высокотоксичные отравляющие вещества типа V-газов.¹

С начала 1966 г. американский империализм развил лихорадочную деятельность, направленную на перестройку и укрепление агрессивных блоков, на расширение союза с ФРГ — единственной страной в Европе, выступающей за пересмотр послевоенных границ. Вынашивая идею реванша за поражения во второй мировой войне, западногерманские руководители открыто выступают с притязаниями на получение ядерного оружия, для начала хотя бы под видом создания объединенных ядерных сил. ФРГ в настоящее время располагает экономическими и техническими возможностями для самостоятельного производства ядерного оружия. Правящие круги США всячески поощряют реваншистские притязания Бонна, активно помогают укреплению его армии. За последние 10 лет военные расходы ФРГ составили 200 млрд. марок, что в два раза превышает затраты гитлеровцев на подготовку второй мировой войны. Бундесвер стал крупнейшей военной силой Североатлантического блока, его дивизии составляют одну треть всех вооруженных сил этого военного союза.

Агрессивные империалистические государства в своих военных доктринах развивают идею превентивной войны против СССР и других социалистических стран. Американские военные теоретики открыто призывают к нанесению первого внезапного ракетно-ядерного удара против СССР и других стран социалистического лагеря. В докладе сенатской комиссии конгрессу США говорится: «Наступление эры ядерных ракет привело к чудовищному сокращению времени, необходимого для доставки ядерного заряда на межконтинентальные расстояния и соответствующему сокращению времени для того, чтобы получить предупреждение о нападении. Все это в сочетании с тем фактором, что до сих пор против межконтинентальных баллистических ракет, находящихся в полете, нет никакой защиты, привело к сильному искушению первыми нанести удар в ядерной войне»².

В условиях широкой подготовки агрессивных империалистических государств к новой мировой войне и опасности нанесения ракетно-ядерных ударов самой важной и первоочередной задачей Вооруженных Сил СССР должна быть постоянная боевая готовность к надежному отражению внезапного нападения врага и к срыву его преступных замыслов. В директивах XXIII съезда КПСС вновь подчеркивается, что «в условиях, когда агрессивные силы империализма обостряют международную напряженность, создают очаги войны, КПСС будет и впредь повышать бдительность советского народа, крепить оборонную мощь нашей Родины, чтобы Вооруженные Силы СССР были всегда готовы надежно защитить завоевания социализма

¹ «Красная звезда» от 13 ноября 1965 г.; Д. Ротшильд. Оружие завтрашнего дня. М., 1966, стр. 6.

² Военная стратегия. Под редакцией Маршала Советского Союза Б. Д. Соколовского. М., 1962, стр. 78.

и дать сокрушительный отпор любому империалистическому агрессору»¹.

В обстановке возрастания военной опасности, раздувания военной истерии, непрекращающейся гонки вооружений, осуществляемой империалистическими государствами, с особой остротой встают вопросы повышения оборонной мощи стран социалистического содружества. Центральный Комитет КПСС и Советское правительство, отчетливо сознавая требования современной международной обстановки, своевременно приняли все необходимые меры для укрепления обороноспособности Советского Союза.

В современных условиях основным средством сдерживания агрессора и решительного разгрома его в ядерной войне является ракетно-ядерное оружие. Именно поэтому особенно большое внимание было уделено оснащению наших войск современными средствами вооруженной борьбы и их организационному совершенствованию.

В результате осуществленного за последние годы технического переоснащения наши Вооруженные Силы обладают необходимыми запасами ракетно-ядерного оружия различных видов и мощности и другими видами современной боевой техники. Многочисленные учения с боевыми пусками ракет продемонстрировали высокую надежность и точность наших ракетных систем. Высокие качества советских ракет неоднократно подтверждались и в мирных научных космических экспериментах. Каждое новое достижение Советского Союза в мирном освоении космоса воспринимается всем миром как новое свидетельство научно-технического могущества нашей страны. Была проведена огромная работа по воспитанию, боевой и технической подготовке личного состава армии и флота. Теперь можно с уверенностью сказать, что грозная и сложная боевая техника и оружие находятся в надежных руках советских воинов, имеющих высокую техническую подготовку и опыт применения этого оружия. Воспитанные в духе идей марксизма-ленинизма, пролетарского интернационализма советские воины беспрдельно преданы своему народу, родной партии и правительству. Они готовы в любой момент выступить на защиту своей великой Родины.

Появление в арсенале средств вооруженной борьбы оружия массового поражения с его огромными параметрами разрушения и уничтожения поставило перед медицинской службой ряд исключительно сложных и ответственных задач. Для того, чтобы найти эффективные средства медицинской защиты от этого грозного оружия и определить наиболее целесообразную штатно-организационную структуру медицинской службы, а также формы и методы применения ее сил и средств в условиях современных боевых действий, необходимо было тщательно и всесторонне изучить патогенез, клинику, терапию и профилактику поражений, вызываемых новыми видами оружия, определить размеры и структуру предполагаемых санитарных потерь.

Достижения советской науки и, в частности, в области атомной физики, радиоэлектроники, химии, биологии и медицины, широкое

¹ «Коммунист Вооруженных Сил СССР», 1966, № 8, стр. 5.

использование в Советском Союзе атомной энергии в мирных целях, позволили в относительно короткие сроки успешно решить многие из этих задач и создать хорошую основу для комплекса целенаправленных экспериментальных и клинических исследований, направленных на изыскание эффективных средств профилактики и лечения ожогов, лучевой болезни, закрытой травмы, поражений химическим и бактериологическим оружием. Широкий фронт целеустремленных исследований и поисков, проведенных в этом направлении совместными усилиями военного и гражданского здравоохранения, позволил добиться положительных результатов в решении ряда сложных проблем.

В подготовке военно-медицинской службы к действиям в условиях современной войны активное участие приняли многие крупные ученые, среди которых ведущее место занимали специалисты Центрального военно-медицинского управления Министерства Обороны СССР и Военно-медицинской ордена Ленина академии имени С. М. Кирова.

В области военно-полевой хирургии большое значение имели научные труды главного хирурга Министерства Обороны генерал-полковника медицинской службы профессора А. А. Вишневского и его заместителя генерал-майора медицинской службы профессора М. И. Шрайбера. Много и плодотворно потрудился над разработкой современных проблем оказания хирургической помощи раненым и пораженным коллектив кафедры военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова под руководством генерал-майора медицинской службы профессора А. Н. Беркутова. Этими специалистами созданы учебники по военно-полевой хирургии, отражающие новейшие сведения о современной боевой патологии и излагающие руководящие принципы сортировки и оказания хирургической помощи раненым и пораженным на этапах медицинской эвакуации. Успешно и целенаправленно разрабатывалась исключительно важная для медицинского обеспечения войск в условиях современной войны проблема ожогов. Богатый материал, обобщающий достижения медицинской науки в этой области, содержится в книге профессора Т. Я. Арьева «Термические поражения», которая вышла в свет в 1966 г. Многие сделано за последние годы и в деле создания действенной и надежной в обстановке современной войны системы заготовки и переливания крови и кровезаменителей, в чем немалая заслуга заместителя главного хирурга — главного гематолога Министерства Обороны СССР генерал-майора медицинской службы профессора И. С. Колесникова и доктора медицинских наук полковника медицинской службы О. К. Гаврилова.

В организации терапевтической помощи пораженным в современной войне имеет особое значение деятельность главного терапевта Министерства Обороны генерал-лейтенанта медицинской службы профессора Н. С. Молчанова. Написанный им учебник по военно-полевой терапии излагает основные вопросы организации терапевтической помощи и частные сведения по этиологии, патогенезу, клинике и лечению наиболее часто встречающихся в условиях современной войны заболеваний. Большую и целеустремленную

работу по изучению особенностей заболеваний личного состава военно-морского флота и совершенствованию системы и методов их предупреждения и лечения проделал коллектив кафедры военно-морской и госпитальной терапии под руководством главного терапевта Военно-Морского Флота генерал-майора медицинской службы профессора З. М. Волынского.

Высокой оценки заслуживает исследовательская и организаторская работа в области военной эпидемиологии профессора-консультанта Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова генерал-майора медицинской службы И. И. Рогозина и начальника кафедры общей и военной эпидемиологии полковника медицинской службы профессора В. Д. Белякова. Под их руководством и при самом непосредственном личном участии подготовлены учебники и руководства по военной эпидемиологии, отражающие основные принципы противоэпидемического обеспечения личного состава Вооруженных Сил СССР в различной эпидемиологической обстановке, в том числе с учетом возможного применения противником бактериологического оружия.

Большая работа по созданию эффективных средств противохимической защиты и разработке организационных основ медицинской защиты войск от современных боевых отравляющих веществ проделана главным токсикологом Министерства Обороны СССР генерал-майором медицинской службы профессором Ю. В. Друговым и заместителем начальника кафедры военно-полевой терапии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова полковником медицинской службы профессором Н. В. Саватеевым, которые подготовили ряд руководящих пособий по этому разделу медицинского обеспечения войск.

Большой вклад в решение медицинских вопросов противорадиационной защиты внесли генерал-майор медицинской службы Т. К. Джаракьян, полковники медицинской службы П. Г. Жеребченко, К. П. Кедров, В. Б. Фарбер, Л. И. Белянин, заложившие основы этого нового вида медицинского обеспечения, имеющего первостепенное значение в условиях современной ракетно-ядерной войны.

Таким образом, опираясь на богатый опыт, полученный в период Великой Отечественной войны, и широко используя достижения отечественной и зарубежной науки, советская военная медицина за короткий период сумела создать все необходимые предпосылки для дальнейшего совершенствования системы этапного лечения с эвакуацией по назначению с учетом состояния и перспектив развития военного дела. В последующем на этой основе в ходе многочисленных полевых тактико-специальных и оперативно-тыловых учений тщательно изучались основные принципы, формы и методы организации медицинского обеспечения современного боя и операции, вошедшие в действующие в настоящее время уставы и наставления.

Большое значение в научной разработке и доведении этих принципов до широкой массы врачей имели работы А. С. Георгиевского, Н. Г. Иванова, Б. М. Порембского и многих сотрудников кафедры организации и тактики медицинской службы Военно-медицинской ордена Ленина академии имени С. М. Кирова. Результаты этих работ были широко использованы для разработки наиболее рациональной

штатно-организационной структуры и эффективных способов деятельности медицинской службы частей и соединений всех видов Вооруженных Сил, которые бы позволили возможно полнее и результативнее реализовать принятую систему медицинского обеспечения в различных видах боя и операциях начального периода войны.

Уделяя первостепенное внимание вопросам постоянного повышения своей боевой готовности, медицинская служба одновременно должна была осуществлять комплекс санитарно-гигиенических, лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на укрепление и сохранение сил и здоровья советских воинов в условиях мирного времени. Опыт показал, что хорошо организованное высокоэффективное медицинское обеспечение боевой подготовки и военного труда личного состава войск — важнейший элемент их высокой боеспособности.

Огромный прогресс в развитии средств вооруженной борьбы и непрерывное оснащение всех видов Вооруженных Сил СССР все более сложной и совершенной военной техникой поставил перед медицинской службой много сложных животрепещущих проблем, обусловленных появлением ряда новых специфических факторов, влияющих на людей, управляющих этой техникой. Требовали научной разработки многие вопросы гигиенического обеспечения, связанные с радиационной безопасностью, шумами, вибрацией, перепадами давлений, электромагнитными полями СВЧ-излучений и другими факторами, которые могли оказать неблагоприятное воздействие на здоровье личного состава, обслуживающего новую боевую технику. Все более актуальное значение приобретают проблемы обитаемости личного состава Вооруженных Сил СССР в объектах военной техники и оценки психофизиологических возможностей человека, связанные с поиском наиболее эффективных методов обучения различных военных специалистов и исследования боевых возможностей современной техники и оружия.

Совместными усилиями ряда крупных ученых были выполнены сложные экспериментальные исследования, позволившие на строго научной основе разработать комплекс мероприятий, обеспечивающих сохранение сил и здоровья воинов, обслуживающих новую технику и оружие. В связи с этим следует отметить большую целеустремленную работу, проведенную в этом направлении коллективом кафедры общей и военной гигиены Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова, руководимой генерал-майором медицинской службы профессором П. Е. Калмыковым, и кафедры военно-морской и радиационной гигиены под руководством полковника медицинской службы профессора Н. И. Боброва. Важное значение для решения данной проблемы имел также ряд работ, выполненных И. Р. Петровым, С. Д. Заугольниковым, Н. А. Богдановым и др.

Опыт показал высокую эффективность разработанных санитарно-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий, проведенных медицинской службой. Данные многочисленных специальных медицинских обследований и наблюдений, проведенных на протяжении 1960—1965 гг., убедительно свидетельствуют о непрерывном укреплении физического состояния и снижении заболеваемости лич-

ного состава армии и флота, достигнутом благодаря систематическому улучшению условий питания, размещения и быта войск, постоянной заботе командования, политических органов, тыловых и медицинских работников о здоровье воинов.

Положительные результаты в решении сложных проблем санитарно-гигиенического и лечебно-профилактического обеспечения войск на современном этапе убедительно подтверждают решающие преимущества профилактического направления советского здравоохранения, пронизывающего деятельность военно-медицинской службы Советских Вооруженных Сил на протяжении всей истории их развития.

Приятно и радостно сознавать, что в героической истории нашей армии, в самоотверженном труде ее личного состава по овладению современным оружием и боевой техникой важная и ответственная роль принадлежит медицинскому составу. Разделяя с войсками все трудности, невзгоды и опасности походно-боевой жизни, днем и ночью, в шторм и непогоду, на стартовых позициях ракет, в отсеках подводных лодок и надводных кораблей, на аэродромах, танкодромах, полигонах, многотысячная армия военных медиков бдительно стоит на страже здоровья героических воинов армии и флота.

За годы Советской власти Коммунистическая партия воспитала замечательные кадры военных медиков. Облик советского медика давно стал символом высокого профессионального гуманизма, моральной и нравственной чистоты, скромности, честности, бескорыстного самоотверженного служения народу. С особой яркостью проявились эти качества в годы военных испытаний. Среди первых награжденных орденом боевого Красного Знамени за героическую работу в годы гражданской войны и иностранной интервенции были военные врачи, фельдшера, медицинские сестры. За мужество, героизм и самоотверженное выполнение своего воинского долга в боях на озере Хасан, на реке Халхин-Гол, в советско-финляндской и Великой Отечественной войне 42 военным медикам было присвоено звание Героя Советского Союза, свыше 120 000 чел. удостоено правительственных наград.

Напряженный труд медицинского состава Вооруженных Сил СССР в послевоенный период по реализации современных достижений медицинской науки в практике военного здравоохранения и обеспечению боеготовности медицинской службы применительно к условиям ракетно-ядерной войны высоко оценен партией и правительством. Многие военные врачи награждены правительственными наградами, получили высокие звания заслуженных деятелей науки, заслуженных врачей союзных республик.

В годы войны и в периоды мирного строительства Вооруженных Сил СССР выросла целая плеяда талантливых военно-медицинских организаторов, руководителей и специалистов. Среди них необходимо особо отметить З. П. Соловьева, М. И. Баранова, Е. И. Смирнова, Н. И. Завалишина, Б. К. Леонардова, Н. Н. Бурденко, М. Н. Ахутина, Н. Н. Еланского, внесших большой вклад в становление, развитие и укрепление военно-медицинской службы, разработку и практическую реализацию организационных принципов медицинского

обеспечения боевых действий войск на различных этапах нашего военного строительства.

Указами Президиума Верховного Совета СССР за умелую организацию медицинского обеспечения оперативно-стратегических операций, проводимых в сложных условиях завершающего периода Великой Отечественной войны, генерал-полковник медицинской службы Е. И. Смирнов, генерал-лейтенанты медицинской службы М. Н. Ахутин, А. Е. Песис, Н. П. Устинов, А. Я. Барабанов, М. М. Гурвич, П. Г. Столыпин, Н. Н. Еланский, И. А. Клюсс и другие были награждены орденами Суворова, Кутузова, Александра Невского, Богдана Хмельницкого — высшими полководческими наградами, которых удостоивались военачальники за успешное проведение боев и операций по разгрому противника. Эти награды, поднимающие вопросы руководства медицинской службой до уровня полководческого искусства, свидетельствуют о большом значении, которое придается медицинскому обеспечению командованием наших Вооруженных Сил.

Создание, подготовка и воспитание высококвалифицированных кадров медицинской службы, беззаветно преданных делу Коммунистической партии и способных успешно решать сложные и ответственные задачи медицинского обеспечения Вооруженных сил СССР, — один из важнейших итогов полувековой деятельности советской военной медицины. Об этом убедительно свидетельствует огромный и ценнейший опыт, приобретенный медицинской службой на различных этапах строительства Вооруженных Сил СССР, рассказанный на страницах данной книги.

50-летний юбилей Советского государства и Вооруженных Сил СССР военные медики нашей Родины встречают в обстановке творческого подъема и широко развернувшегося социалистического соревнования за высокие показатели в лечебно-профилактической работе, образцовый уход и обслуживание больных, отличную боевую, политическую и тактико-специальную подготовку. В авангарде медицинской службы Вооруженных Сил СССР находятся такие старейшие широко известные не только в нашей стране, но и за рубежом военно-медицинские учреждения, как Военно-медицинская ордена Ленина академия имени С. М. Кирова, Главный госпиталь Вооруженных Сил СССР им. Н. Н. Бурденко, Центральный ордена Ленина военный госпиталь имени П. В. Мандрыки, 1-й Ленинградский ордена Ленина военно-морской госпиталь и др. В 1963—1965 гг. за достигнутые высокие показатели в работе, боевой, политической и специальной подготовке 15 военно-медицинским частям и учреждениям присвоено звание «Учреждение коммунистического труда».

Вместе со всем народом и личным составом Вооруженных Сил нашей Родины военные медики, встречая 50-летний юбилей Советского государства и Вооруженных Сил СССР, прилагают все свои силы и творческую энергию для того, чтобы внести на основе огромного и поучительного опыта полувекового развития советской военной медицины достойный вклад в дело строительства коммунизма, повышение боевой готовности и укрепление боевой мощи нашей героической Армии и Военно-Морского Флота.

УКАЗАТЕЛЬ ОСНОВНОЙ СОВЕТСКОЙ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, ИЗДАННОЙ В 1918—1966 гг. (КНИГИ И БРОШЮРЫ)¹

Общие вопросы и история военной медицины. Организация и тактика медицинской службы

- Акодус Я. И. Военно-медицинское обеспечение Ахал-Текинских экспедиций 1879—1881 гг. М., 1947.
- Акодус Я. И., Попов Г. М. Руководство для кружков военно-санитарных знаний. М.—Л., 1934.
- Багдасарьян С. М. Военно-санитарный справочник для фельдшеров. М.—Л., 1930; Изд. 2. М.—Л., 1939.
- Багдасарьян С. М. Медики на фронте. М., 1941.
- Багдасарьян С. М. Николай Нилович Бурденко. М., 1954.
- Баранов М. И. Здравоохранение армии и населения в военное время. М.—Л., 1929.
- Баранов М. И. Военно-санитарное дело. Ч. I (Общие основы организации и тактики санитарной службы). М.—Л., 1937.
- Белицкая Е. Я. А. П. Доброславин и развитие экспериментальной гигиены в России. Л., 1966.
- Болдырев Т. Е. и др. Готов к санитарной обороне СССР. Пособие для сдачи норм на значок ГСО II. М., 1939; Изд. 2. М., 1940.
- Борейша А. Я. Основы организации и тактики медицинской службы Советской Армии (применительно к курсу ВММА). Л., 1947.
- Бурштын С. Е. Санитарные мероприятия при расположении войск на месте. М.—Л., 1930.
- Бурштын С. Е. Краткий курс военно-санитарной администрации. Пособие для студентов медвузов и врачей запаса. Л., 1928, 1929; Л.—М., 1931.
- Вишневецкий А. Ф. Организация и тактика санитарной службы Красной Армии. Пособие для врачей и студентов. М.—Л., 1941.
- Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну 1941—1945 гг. Под ред. К. Н. Павловского. Ташкент, 1943.
- Военно-санитарное дело (библиография, 1931—1934). Вып 1—2. Харьков, 1935—1936.
- Военно-санитарный справочник РККА. Под редакцией П. П. Сумбаева, А. С. Рахманова, Ф. Г. Кроткова. Ч. 1 (настольная), ч. 2 (полевая). М., 1932; Под ред. Ф. Г. Кроткова. Изд. 2. М.—Л., 1939; Изд. 3. М., 1941.
- Войтенко М. Ф. Исторический очерк развития организационных форм специализированной медицинской помощи пораженным и больным на войне. Л., 1966.
- Георгиевский А. С. Основы организации и тактики санитарной службы в районе войскового тыла. М.—Л., 1939.
- Георгиевский А. С. Основы организации и тактики санитарной службы в войсковом тылу. М.—Л., 1941; Изд. 2. Ташкент, 1942.
- Георгиевский А. С. Основы организации и тактики медицинской службы действующей армии. М., 1947.
- Георгиевский А. С. Силы и средства медицинской службы армии. Справочное пособие. Л., 1947.
- Георгиевский А. С. Основы организации лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий войск. Л., 1950.

¹ В этом указателе отсутствуют сборники научных трудов, материалы научных конференций и другие аналогичные коллективные печатные работы, а также брошюры научно-популярного характера, мелкие учебные и методические пособия и рефераты диссертаций.

- Георгиевский А. С. Библиографический указатель по вопросам организации и тактики медицинской службы за 150 лет. Л., 1952.
- Георгиевский А. С. Исторический очерк развития медицинской службы армейских объединений (до Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.). Л., 1955.
- Георгиевский А. С. Организация и тактика медицинской службы—одна из важнейших отраслей военной медицины (содержание, задачи, методы исследования и обучения, краткая история развития). Л., 1957.
- Георгиевский А. С. Деятельность Н. И. Пирогова в медико-хирургической (военно-медицинской) академии. К 150-летию со дня рождения. Л., 1960.
- Георгиевский А. С. Страницы истории Отечественной военной медицины. К развитию дружеских связей с военно-медицинской службой Югославии. Л., 1964.
- Георгиевский А. С., Данилов В. К. Полковой медицинский пункт. М., 1949.
- Георгиевский А. С., Кричевский Я. Н. Лекции по общим вопросам организации и тактики санитарной службы. М., 1944.
- Геселевич А. М. и Смирнов Е. И. Николай Иванович Пирогов. Научно-биографический очерк. М., 1960.
- Гончаров П. П. Очерки по истории Военно-медицинской академии в послеоктябрьский период. Л., 1960.
- Громов А. Я. и Шишов А. Г. Санитарное обеспечение морской авиации. М.—Л., 1940.
- Григорьев А. Н. Организация и проведение практических занятий по тактике медицинской службы. Учебное пособие. Л., 1948.
- Груздев В. Ф. Материалы по организации медицинской службы на русском флоте в первой четверти XVIII века. Л., 1954.
- Груздев В. Ф. Материалы по организации медицинской службы в русском военно-морском флоте (1725—1860). Л., 1959.
- Гурвич М. М. Пособие для школ санитарных инструкторов РККА. М., 1939.
- Гурвич М. М. Руководство для санитарных инструкторов. М., 1942; Изд. 2. М., 1944; Изд. 3. М., 1951.
- Давыгора Н. Д., Хмыров А. Б. Полковой медицинский пункт в современном бою. Учебное пособие. Л., 1958.
- Домбровский В. В. Переводы и рефераты иностранной литературы по вопросам организации и тактики санитарной службы армии и флота. Л., 1945.
- Завалишин Н. И. Головной полевой эвакуационный пункт. М., 1942.
- Завалишин Н. И., Сельцовский П. Л. Лечебно-эвакуационное обеспечение десантной операции. М., 1945.
- Зедгенидзе Г. А., Полонский Я. Н. Научно-исследовательская деятельность Военно-морской медицинской академии за пять лет (1940—1945). Л., 1946.
- Зеликов М. Пособие для санитарной подготовки красноармейца. М.—Л., 1938.
- Иванов Б. А., Рохлин Я. А. Военная медицина. Указатель литературы (1939—1940). М., 1941.
- Иванов В. М. Справочник по организации и тактике санитарной службы Военно-Морского Флота. Киров, 1942.
- Иванов В. М. Медико-санитарное обеспечение морских десантов. Л., 1946.
- Ивановский Е. М. Политическая работа в госпиталях и санитарных учреждениях в военное время. М., 1929.
- Ихтейман М. С. Учебник для медицинских сестер запаса. Т. 1—2. М., 1939; т. 2. М.—Л., 1940; Изд. 2. М., 1941.
- Капралов А. Г. Будь готов к санитарной обороне СССР. М.—Л., 1941.
- Каталог книг Украинской Государственной медицинской библиотеки Военная медицина (1926—1940). Вып. 1—2. Харьков, 1940.
- Кованов В. В. Н. В. Склифосовский (1836—1904). М., 1952.

- Корнеев В. М. Н. А. Вельяминов (1855—1920). Л., 1962.
- Корнеев В. М., Михайлова Л. В. Медицинская служба в Отечественную войну 1812 г. К 150-летию войны. Л., 1962.
- Кристанов Ц. А. Санитарная служба интернациональных бригад в Испании. Ташкент, 1942.
- Кричевский Я. Н. Санитарная служба Французской армии во время мировой войны 1914—1918 гг. М., 1939.
- Кузьмин М. К. Медики — Герои Советского Союза. М., 1965.
- Куприянов В. В. Из истории медицинской службы на русском флоте. М., 1963.
- Левитан В. М. Организация и тактика медико-санитарной службы МПВО. Л., 1939.
- Леонардов Б. К. Структурные схемы организации военно-санитарных учреждений. М., 1923.
- Леонардов Б. К. Санитарная служба войск в обстановке химического нападения. М.—Л., 1930.
- Леонардов Б. К. Санитарная разведка. М.—Л., 1930.
- Леонардов Б. К. Санитарная служба на военной дороге. М.—Л., 1930.
- Леонардов Б. К. Методика и техника оперативной работы войсковых санитарных начальников. М.—Л., 1930.
- Леонардов Б. К. Организация медицинской помощи в поле. Тактика военно-санитарной службы. Учебное пособие. М., 1929; Изд. 2. М., 1931.
- Леонардов Б. К. Военно-санитарное дело. Учебник для нормальных школ РККА. М., 1933; Изд. 4. М., 1939.
- Леонардов Б. К. Санитарная служба в войсковом районе. Учебник для слушателей, студентов и военных врачей. М., 1934; Изд. 2. М., 1937.
- Макаров И. Д. Библиографический указатель литературы по военной медицине за годы Великой Отечественной войны (1941—1945). М., 1950.
- Максименков А. Н. Н. И. Пирогов (Его жизнь и встречи). Л., 1961.
- Мамушин С. А. Принципы санитарной эвакуации в пунктах ПВО. Л., 1933.
- Маслинковский Т. И. Организация медицинской службы армий США, Англии, Германии, Франции. Свердловск, 1947.
- Маслинковский Т. И. Медицинское обеспечение русской армии в войну с Францией 1805 г. М., 1954.
- Медицинские работники в Отечественной войне 1941—1945 гг. Под ред. Б. Д. Петрова. М., 1942.
- Медицинское обеспечение роты и батальона в боях на фронтах Отечественной войны 1941—1945 гг. Сборник примеров под ред. П. И. Гаврось. Л., 1947.
- Михайлов С. С. Медицинская служба русского флота в XVIII веке. Л., 1957.
- Миротворцев С. Р. Страницы жизни. Л., 1956.
- Могучий М. А. Основы организации и задачи медицинской службы Советской Армии в военное время (характеристика санитарных потерь в современных войнах). Пособие для студентов. Краснодар, 1958.
- Наставление для санитаров по оказанию первой помощи, по переноске и перевозке пострадавших в бою. М.—Л., 1929.
- Наставление по санитарной разведке в РККА. М., 1931.
- Наставление по работе войсковых врачей в области рационализации отдельных элементов боевой подготовки РККА. М., 1932.
- Наставление по санитарной службе Красной Армии. М., 1941.
- Объем лечебной помощи в войсковом районе. Краткое руководство. М., 1938.
- Огурцов П. А., Минин М. К. Организация и тактика санитарной службы роты, батальона. Учебное пособие. Свердловск, 1942.
- Основы организации медицинского обеспечения войск. Учебник для медицинских институтов. Под ред. Н. И. Завалишина. М., 1961.
- Павловский Е. Н. Военно-медицинская академия Красной Армии им. С. М. Кирова за 140 лет (1798—1938). Краткий исторический очерк. Л., 1940.

- Петюнин И. А. Организация медицинского обеспечения войсковых частей и соединений в мирное время. Учебное пособие. Л., 1957.
- Петюнин И. А. Работа старшего врача полка по организации медицинского обеспечения. Л., 1959.
- Пособие по санитарному просвещению в Советской Армии и Военно-Морском Флоте. М., 1956.
- Пособие по санитарному просвещению в войсках Советской Армии (для войскового врача). В. 6. М. — Л., 1951.
- Пособие по полевой санитарной технике. Под ред. Ф. Г. Кроткова. М.—Л., 1939.
- Рачков А. А. Григорий Витальевич Хлопин (жизнь и деятельность). Л., 1965.
- Ростоцкий И. Б. В помощь сестре эвакогоспиталя. М., 1944.
- Руководство по лечебно-профилактической работе в Красной Армии. М., 1941.
- Руководство для санитарных поездов. М., 1920.
- Руководство по санитарной эвакуации в РККА. М., 1929.
- Руководство для ротных санитаров и санитаров-носильщиков. М. 1941; Изд. 2. М., 1942; Изд. 3. М., 1946.
- Руководство по организации работы в эвакуационных госпиталях. М.—Л., 1941.
- Руководство по работе в батальонах выздоравливающих. М., 1941.
- Руководство по организации и работе военно-санитарных поездов. М., 1942.
- Руководство по организации и работе санитарно-транспортных судов. М., 1943.
- Санитарная служба армии США в мировую войну. Составители — бригада преподавателей ВМА РККА. М., 1939.
- Санитарная служба Тихоокеанского флота в Хасанской операции. Под ред. А. И. Иванова и М. С. Лисицина. Л., 1941.
- Санитарная служба русской армии в войне 1914—1917 гг. Куйбышев, 1942.
- Сатрапинский Ф. В. Подвиг героев-медиков в Великой Отечественной войне. Л., 1961.
- Селескери-Хоритов И. Г. Основы военно-санитарного дела. Учебник для фельдшерских школ. М.—Л., 1939.
- Семека С. А. Медицинское обеспечение русской армии во время семилетней войны 1756—1763 гг. М., 1951.
- Семека С. А. Военная медицина в Вооруженных Силах Московского государства в XVII веке. М., 1952.
- Семека С. А. Военно-медицинская организация русской армии при Петре I. М., 1952.
- Семека С. А. Военно-медицинская организация вооруженных сил Российской дворянской империи XVIII века во время русско-турецкой войны 1735—1739 гг. М., 1955.
- Сергеев А. А. Очерки по истории авиационной медицины. М.—Л., 1962.
- Смирнов Е. И. Вопросы организации и тактики санитарной службы. М., 1942.
- Смирнов Е. И. Проблемы военной медицины. М., 1944.
- Смирнов Е. И. Советские военные врачи в Отечественную войну. М., 1945.
- Смирнов Е. И. Военная медицина и Николай Иванович Пирогов. Л., 1945.
- Соловьев З. П. На рубеже нового десятилетия. Итоги и перспективы здравоохранения в Красной Армии. М., 1928.
- Соловьев З. П. Вопросы военной медицины. Избранные статьи и речи. Л., 1955.
- Средства санитарной эвакуации. М., 1942.
- Стовбуненко-Заиченко Я. В. Записки врача-партизана. Медицинская служба соединения партизанских отрядов Житомирской области им. Щорса, Киев, 1948.
- Столяров И. Санитарная служба английской армии в мировую войну 1914—1918 гг. М., 1940.
- Страшун И. Д. Русский врач на войне. М., 1947.
- Сухаревский Л. М. Кино на службе санитарной обороны. М., 1944.

- Тимофеевский П. И. Санитарная тактика. Учебное пособие. Л., 1925; Изд. 2. Л., 1926; Изд. 3. Л., 1927.
- Тимофеевский П. И. Санитарная тактика. Учебник для слушателей ВМА РККА. М., 1931.
- Тимофеевский П. И. Транспортные средства санитарной эвакуации. М.—Л., 1940.
- Третьяков А. Ф. Сроки лечения раненых в эвакогоспиталях. М., 1944.
- Указания по организации военно-медицинской подготовки медицинского состава, санитарной подготовки и санитарного просвещения личного состава Вооруженных сил Союза ССР. М., 1949.
- Устав военно-санитарной службы РККА (войсковой район). М., 1933.
- Устав Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова. Л., 1962.
- Учебник для санитарных инструкторов. М., 1964.
- Фарбер В. Б. Сергей Петрович Боткин (1832—1889). Л., 1948.
- Финклер Ю. М., Сперанская С. М. Учебник для санитарных дружинниц. М., 1944.
- Фирсов З. П. На морских путях санитарной эвакуации (очерк). Л., 1944.
- Хенкин Л. И. Санитарное обеспечение экипажа танков и бронеавтомобилей. М., 1936.
- Холодковская Н. Н. Действие проникающей радиации на организм (библиография). Вып. 1—61. Л., 1955—1959.
- Холодковская Н. Н. Библиографический указатель (материалы к истории Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова) 1798—1958. Л., 1959.
- Шестов В. И. Лечебно-эвакуационное обеспечение боевых действий морского флота. М.—Л., 1937.
- Шестов В. И. Лечебно-эвакуационное обеспечение Военно-Морского флота в военное время. М.—Л., 1939.
- Шибков А. А. Женщины России в медицинской школе и на войне. Л., 1957.
- Шибков А. А. Первые русские книги по военной медицине. Л., 1964.
- Шошин А. А. Военно-медицинская география. Учебник для слушателей ВМОЛА им. С. М. Кирова. Л., 1964.
- Юдин С. С. Образы прошлого и силуэты некоторых военно-полевых хирургов. М., 1944.
- Экельчик Л. Р. и Холодковская Н. Н. Библиографический указатель русской литературы по вопросам военной медицины с 1910 по 1930 гг. (военная гигиена, санитарная тактика, отравляющие вещества, инфекционные болезни в войсках). Л., 1934.
- Энциклопедический медицинский справочник для военного фельдшера. Гл. ред. Н. И. Завалишин. М., 1953.
- Энциклопедический словарь военной медицины. Гл. ред. Е. И. Смирнов, т. 1—6. М., 1946—1949.

Военно-полевая хирургия и примыкающие к ней клинические дисциплины

- Акопян А. А. и др. Военная электротравма и медицинская помощь при ней. Киров, 1944.
- Александров Н. М., Клементов А. В., Малышев В. А. Неотложная помощь стоматологическим больным и раненым в челюстно-лицевую область в условиях части. Л., 1963.
- Альтгаузен Н. Н. Нейрохирургическая рентгенодиагностика травмы и ее последствий. М., 1948.
- Аминев А. М. Огнестрельные ранения прямой кишки. Куйбышев, 1961.
- Андреев Ф. Ф., Пунин Б. В. Организация хирургической помощи на Военно-Морском Флоте. Л., 1947.

- Андринг П. В. Лечебная физкультура в тыловых госпиталях. Ташкент, 1942.
- Анохин П. К. Пластика нервов при военной травме периферической нервной системы (теория и практика). М., 1944.
- Антелава Н. В. Лечение послераневых эмпием плевральной полости в условиях эвакогоспиталя. Тбилиси, 1944.
- Анчелевич В. Д. Огнестрельные остеомиелиты. Омск, 1945.
- Арапов Д. А. Газовая гангрена. Изд. 2. М., 1942.
- Арапов Д. А. Раневая анаэробная инфекция. М., 1950.
- Артамонов Г. Н. Лечебная физкультура для легкораненых и больных. Методическое пособие. Иваново, 1942.
- Арутюнов А. И. Огнестрельные повреждения крупных сосудов и их хирургическое лечение. Киев, 1949.
- Архангельский П. Ф. Военный травматизм органа зрения. Ташкент, 1941.
- Арьев Т. Я. Термические поражения. Руководство для хирургов. Л., 1966.
- Асратян Э. А. Очерки по этиологии, патологии и терапии травматического шока. М., 1945.
- Ахутин М. Н. Хирургическая работа во время боев у озера Хасан. М. — Л., 1939.
- Ахутин М. Н. Хирургический опыт двух боевых операций. Куйбышев, 1940.
- Ахутин М. Н. Военно-полевая хирургия. М., 1941; Изд. 2. М., 1942.
- Ахутин М. Н. Транспортная иммобилизация на этапах эвакуации войскового района. М., 1941; Изд. 2. М., 1942.
- Бабчин И. С., Бондарчук А. В., Васкин И. С. Первая хирургическая помощь при огнестрельных ранениях центральной и периферической нервной системы. Л., 1941.
- Багдасаров А. А. и Сельцовский П. Л. Краткий справочник по переливанию крови (для военных врачей). Изд. 2. М. — Л., 1941.
- Банайтис С. И. Военно-полевая хирургия по опыту Великой Отечественной войны. М., 1946.
- Банайтис С. И. Достижения и перспективы развития военно-полевой хирургии. Калуга, 1944.
- Банайтис С. И. Кровотечения и их остановка в полевых условиях. М., 1952.
- Банайтис С. И., Петров И. Р. Травматический шок, его патогенез, предупреждение и лечение. Л., 1953.
- Богораз Н. А. Хирургия военного времени. Повреждение кровеносных сосудов при военно-полевых ранениях. Харьков, 1935.
- Богораз Н. А. Восстановительная хирургия (в 2 томах). Изд. 2. М., 1949.
- Боевая травма нервной системы. Краткое наставление. Под ред. В. С. Галкина. Киров, 1943.
- Бондарчук А. В. и др. Основы военно-полевой нейрохирургии. Л., 1942.
- Бочаров А. А. Огнестрельные проникающие ранения груди в войсковом районе. Автореф. дисс. Л., 1955.
- Братусь В. Д. Хирургическое лечение термических ожогов. Киев, 1963.
- Брук Б. Е. Контрактуры суставов после военной травмы, их профилактика и лечение. Куйбышев, 1945.
- Брускин Я. М. Остеомиелиты после огнестрельных переломов. Свердловск, 1946.
- Бурденко Н. Н. Характеристика хирургической работы в войсковом районе. М. — Л., 1939.
- Бурденко Н. Н. Опыт изучения ампутированных бойцов Красной Армии. М., 1942.
- Бурденко Н. Н. Ампутация, как нейрохирургическая операция. М., 1942.
- Бурденко Н. Н. Основные установки современного учения об огнестрельных ранениях артерий. М., 1942.

- Бурденко Н. Н. Состояние нейрохирургической помощи и задачи советской нейрохирургии в Великой Отечественной войне. М., 1942.
- Бурденко Н. Н. Советская военная хирургия в годы Великой Отечественной войны. М., 1946.
- Вайнштейн В. Г. Огнестрельные переломы бедра. Л., 1943.
- Васильев А. И. Неотложная помощь в урологии. Пособие для военных врачей. Самарканд, 1944.
- Вильга Г. И. Помощь на фронте раненым в челюсть. М., 1919.
- Винокуров Д. А. Основы лечебной физической культуры. Л., 1954.
- Вирин И. Я., Винокуров Д. А. Лечение огнестрельных ранений кисти во фронтовом районе. Изд. 2. М., 1944.
- Вишневский А. В. Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата. Изд. 3. М., 1942; Изд. 5, переработанное и дополненное. М., 1965.
- Вишневский А. А. Записки военно-полевого хирурга. Санитарное управление Волховского фронта, 1943.
- Вишневский А. А., Шрайбер М. И. Всенно-полевая хирургия. Учебник для студентов медвузов. М., 1962.
- Влияние однократного взятия крови на состояние здоровья и боеспособность доноров-военнослужащих. Под ред. А. С. Георгиевского. Л., 1963.
- Вогралик В. Г. Основные положения консервативной терапии военно-травматических повреждений органов движения и нервной системы. Томск, 1941.
- Вогралик В. Г. Очерки функциональной патологии боевой травмы. Томск, 1944.
- Военная травматология нервной системы. Практическое руководство для военных врачей. Казань, 1943.
- Военная челюстно-лицевая хирургия. Учебник под ред. М. В. Мухина Л., 1959.
- Военно-полевая хирургия врача войскового района. Под ред. и при участии М. М. Дитерихса. М., 1932; Изд. 2, М. — Л., 1933; Изд. 3, М. — Л., 1938.
- Военно-полевая хирургия. Учебник для слушателей ВМА им. С. М. Кирова и военных врачей. Под ред. С. И. Банайтиса и А. Н. Беркутова. Л., 1955.
- Военно-полевая хирургия. Учебник для слушателей ВМОЛА им. С. М. Кирова и военных врачей. Под ред. А. Н. Беркутова. Л., 1965.
- Войно-Ясенецкий В. Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов. М., 1944.
- Воячек В. И. Избранные вопросы военной отоларингологии. Учебное руководство. Л., 1934.
- Воячек В. И. Устранение дефектов уха, горла и носа после огнестрельных ранений. М., 1943.
- Воячек В. И. Военная отоларингология. Учебник для слушателей ВМА им. С. М. Кирова. Изд. 2, Л., 1941; изд. 3. Л., 1946; изд. 4. Под редакцией В. И. Воячека и К. Л. Хилова. Л., 1963.
- Воячек В. И., Попов Ф. А. Памятка по военной оториноларингологии. М., 1941.
- Гейманович З. И. Военно-травматические поражения позвоночника и спинного мозга. Тюмень, 1943.
- Гейманович З. И. Огнестрельные повреждения периферических нервов и их лечение. Омск, 1944.
- Гернер М. С., Мотков В. Н. Об организации и применении лечебной физкультуры при травмах военного времени. Казань, 1942.
- Геселевич А. М. Организация и характер первой помощи при хирургических микстах. М., 1941; Изд. 2. М., 1941; Изд. 3. М., 1943.
- Геселевич А. М. Оперативная хирургия войскового района. М., 1946.
- Геселевич А. М. Оперативная хирургия войскового и армейского района (с анатомо-хирургическими очерками). М., 1947.
- Гешвандтнер Р. А. Тактика хирурга при открытых и закрытых повреждениях уретры в военное и мирное время. Харьков, 1941.

- Гешвандтнер Р. А. Тактика хирурга при открытых и закрытых повреждениях мочевого пузыря в военное и мирное время. Харьков, 1941.
- Гирголав С. С. Военно-полевая хирургия в Великую Отечественную войну. М., 1944.
- Гирголав С. С. Огнестрельная рана. Л., 1956.
- Гораш В. А. Огнестрельные ранения почки. Пг., 1918.
- Гориневская В. В. Комплексное лечение в госпиталях для легкораненых. М., 1944.
- Гориневская В. В., Ромм М. Г. Первая хирургическая помощь при травмах военного и мирного времени. М., 1942.
- Гращенко Н. И. Распознавание и лечение ранений периферических нервов. М., 1942.
- Гращенко Н. И. Черепно-мозговые ранения и методы их лечения. М., 1947.
- Григорьев Н. И. Оперативное лечение слепых ранений сердца, перикарда и средостения. М., 1953.
- Губергриц М. М. Клиника ранений плевры и легких. Челябинск, 1942.
- Гуков А. П. Огнестрельные повреждения тазобедренного сустава. Л., 1946.
- Гусев А. А. Доврачебная помощь и уход при ранениях с повреждениями костей. М. — Л., 1941; Изд. 2, Ташкент, 1942.
- Джанелидзе Ю. Ю. Ожоги и их лечение. Л., 1941.
- Добровольский В. К. Лечебная физкультура при травмах военного времени. М., 1941; Изд. 2. М.—Л., 1942.
- Дойников Б. С. Краткое пособие по распознаванию ранений нервных стволов конечностей и основные принципы их этапного лечения. М., 1942.
- Долганов В. М. Болезни и травмы глаз у военнослужащих. Учебное пособие. Л., 1934.
- Древинг Е. Ф. Лечебная физкультура в травматологии в мирное и военное время. Изд. 2, М., 1942.
- Еланский Н. Н. Военно-полевая хирургия. М. — Л., 1941; Изд. 2. М., 1942; Изд. 3. М., 1943; М., Изд. 4, М., 1945; Изд. 5. Л., 1950.
- Ермоленко А. И. Огнестрельные проникающие ранения живота, их осложнения и отдаленные результаты. Л., 1948.
- Жордания И. Ф. Гинекология военного времени. М., ВМЖ, 3, 1946.
- Заметки по военно-полевой хирургии. Под ред. С. С. Юдина. М., 1943.
- Засосов Р. А. Принципы оказания медпомощи при боевой ЛОР-травме. Киров, 1944.
- Збарж Я. М. Огнестрельные переломы верхней челюсти. Л., 1957.
- Иванов Б. А. Военно-полевая хирургия. Библиография русской хирургии за 1914—1938 гг. М., 1939.
- Иванов Б. А. Библиография русской и иностранной литературы по челюстно-лицевым повреждениям (1914—1939). В кн.: Челюстно-лицевые повреждения. М. — Л., 1940.
- Иванов Б. А. Военно-полевая хирургия, библиография за 1939—1940 гг. М., 1941.
- Иванов Б. А. Огнестрельные повреждения глаза и глазницы, ЛОР-органов, лица и челюстей (основная отечественная литература 1940—1944 гг.) Госпитальное дело, 1945, № 10—11.
- Канарейкин К. Ф. Огнестрельные повреждения седалищного нерва. Л., 1963.
- Каплан А. В. Гипсовая повязка при лечении огнестрельных повреждений конечностей. М., 1943.
- Карташевский Н. Г. Переливание крови в лечебных учреждениях и на кораблях ВМФ. Пособие для военно-морских врачей. Л., 1945.
- Керопиан К. Повреждения головы (в помощь врачу эвакогоспиталя) Краснодар, 1941.
- Клячко М. Л. Очерки военной нейроофтальмологии. Красноярск, 1946.

- К о з л о в А. М. Вторичные кровотечения огнестрельного происхождения и их лечение. Ростов-н/Д., 1949.
- К о з л о в а А. В., В о р о б ь е в а Е. И. Клиника и лечение повреждений, возникающих при взрыве атомной бомбы. М., 1956.
- К о л е с н и к о в И. С. Удаление инородных тел из плевральной полости легких и средостения. М., 1949.
- К о л е с о в В. И. Проникающие ранения грудной клетки. М., 1955.
- К о м п а н е е ц С. М. Огнестрельные повреждения верхних дыхательных путей. Екатеринославль, 1923.
- К о п ы л о в Ф. А. Об ампутациях и ампутированных. Л., 1943.
- К о р н е в П. Г. Лечение огнестрельных ранений конечностей. М., 1943.
- Краткий учебник военно-полевой хирургии. Под ред. С. С. Гирголава, Г. И. Турнера, С. П. Федорова. Л., 1932.
- К р у п к о И. Л. Контрактуры и тугоподвижность после огнестрельных ранений конечностей. Л., 1946.
- К р у п к о И. Л. Иммобилизация на этапах медицинской эвакуации. Л., 1957.
- К р ы м о в А. П. Избранные лекции по военно-полевой хирургии. Киев, 1935.
- К у з н е ц о в а С. М. Проникающие огнестрельные ранения грудной клетки. М., 1947.
- К у н и ч е в Л. А. Лечебная физкультура при легкой огнестрельной травме. Минск, 1946.
- К у л и к о в с к и й Г. Г. Оториноларингология для войскового врача. М., 1940.
- К у п р и я н о в П. А., Б а н а й т и с С. И. Краткий курс военно-полевой хирургии. М. — Л., 1942.
- К у р б а н о в Г. Р. Восстановительная хирургия лица и других органов. Баку, 1944.
- Л а б о к Д. М. Ампутированная культя и протезирование. М., 1943.
- Л а в р о в В. В. Огнестрельные ранения тазового пояса и органов таза. Л., 1945.
- Лечение военных ранений (Лечение ранений на войне). Практическое руководство для врачей. Под ред. Н. Н. Петрова, П. А. Куприянова и др. Изд. 1—7. Л., 1935—1945.
- Л и д с к и й А. Т. Инфицированный огнестрельный перелом. Свердловск, 1946.
- Л и м б е р г А. А. Огнестрельные ранения лица и челюстей и их лечение. Л., 1941.
- Л и н б е р г Б. Э. Лечение огнестрельных ранений груди. М., 1942.
- Л и н б е р г Б. Э. Хронические эмпиемы и бронхиальные свищи раневого происхождения. М., 1945.
- Л и п с к и й Я. Н. Повреждения таза (в помощь врачу эвакогоспиталя). Краснодар, 1942.
- Л о б а ч е в С. В. Неотложная хирургия ранений сердца. М., 1957.
- Л о з а н о в Н. Н., У т р с б и н И. М. Огнестрельные комбинированные ранения носа, придаточных пазух и жевательного аппарата. Казань, 1945.
- Л у к о м с к и й И. Г. Военная травма челюстно-лицевой области и уход за ранеными. Л., 1934.
- Л ь в о в А. А. Очерки хирургической деятельности на фронте и в тылу в период войны 1914—1917 гг. и 1917—1922 гг. Ржев, 1924.
- М а з а е в П. Н. и др. Отдаленные последствия слепых огнестрельных ранений легких. М., 1965.
- М а к с и м е н к о в А. Н. Пути распространения гнойных процессов при огнестрельных ранениях конечностей. М., 1944.
- М а р г о р и н Е. М. Протрузии головного мозга огнестрельного происхождения. Л., 1953.
- М а р г о р и н Е. М. Огнестрельные ранения черепа и головного мозга (хирургическая анатомия и оперативная хирургия). Л., 1957.

- Мельников А. В. Клиника септических осложнений огнестрельных ран. М., 1943.
- Мельников А. В. Клиника газовой инфекции огнестрельных ран. М., 1945.
- Мельников А. В. Клиника и профилактика забрюшинных и тазовых флегмон у раненных в живот. Л., 1956.
- Михельсон Н. М. Восстановление век и глазного ложа после огнестрельных повреждений. М., 1946.
- Милостанов Н. Н. Некоторые актуальные вопросы военно-полевой и неотложной хирургии. Обзор научных работ, представленных на соискание ученой степени доктора мед. наук. Харьков, 1962.
- Муразян Р. И. Внутрикостное обезболивание при огнестрельных ранениях конечностей. М., 1960.
- Мухин М. В. Лечение ожогов головы, лица, шеи и их последствий. М., 1961.
- Мыш В. М. Материалы к истории хирургии военного времени (1938—1944). Новосибирск, 1947.
- Наставление по лечению раненных в органы малого таза (мочевой пузырь и уретру) и уходу за ними. М., 1943.
- Наумов В. А., Ключников Г. А. Лечебная физкультура в госпиталях для легкораненных. Рига, 1945.
- Неменов М. И. Диагностика ранений взрывающимися пулями. Пг., 1918.
- Новожилов Д. В. Организация хирургической помощи на этапах медицинской эвакуации войскового района Советской Армии (Учебные материалы по военно-полевой хирургии). Л., 1948.
- Новотельнов С. А. Иммобилизация переломов в войсковом районе. М., 1942.
- Опокин А. А. Хирургия военно-полевых ранений (опыт империалистической и гражданской войн). Томск, 1931.
- Оппель В. А. Диагностика повреждений. Ч. I. М., 1923.
- Оппель В. А. Очерки хирургии войны. Л., 1940.
- Оппель В. А., Хесин В. Р. Перевязки огнестрельных ран. Краткие сведения об огнестрельных переломах конечностей. М., 1922.
- Опыт постановки функционального лечения в эвакогоспиталях. М., 1944.
- Основы комплексного лечения в госпиталях. Под ред. А. И. Нестерова и И. Г. Руфанова. М., 1946.
- Остен-Сакен Э. Ю. Краткий курс военно-полевой хирургии. Учебник для слушателей ВМА РККА. Л., 1928; Изд. 2. Л., 1930.
- Островерхов Г. Е. Восстановительные операции при повреждениях нервных стволов конечностей. М., 1952.
- Павлов-Смоленский В. А. Очерки военно-полевой хирургии. Киев, 1918.
- Панкратьев Б. Е. Хирургия военно-полевых повреждений груди. М., 1945.
- Парин Б. В. Реконструкция пальцев руки. М., 1944.
- Парменов В. И. Оперативное лечение огнестрельных проникающих ранений живота в войсковом районе (по материалам МСБ и ХППГ, 1941—1945 гг.), Гомель, 1957.
- Панкратьев Б. Е. Хирургия военно-полевых повреждений груди. М., 1945.
- Петров И. Р. Острая кровопотеря и лечение ее кровезаменяющими жидкостями (экспериментальные исследования). Л., 1945.
- Петровский Б. В. Хирургическое лечение ранений сосудов. М., 1949.
- Пинес Л. Я. Диагностика ранений периферических нервов (трудности и ошибки). Л., 1946.
- Поленов А. Л. Трофические расстройства на конечностях после огнестрельных ранений, генез их и хирургическая терапия. Изд. 2, Л., 1944.
- Поляк Б. Л. Основы военно-полевой офтальмологии. М., 1943.
- Поляк Б. Л. Военно-полевая офтальмология (боевые повреждения органа зрения). Л., 1953; Изд. 2. Л., 1957.

- Преображенский Б. С. Военно-травматические повреждения уха, горла и носа. Краткое пособие для молодых врачей. М., 1944.
- Приоров Н. Н. Ампутация конечностей и протезы. М. — Л., 1941.
- Проскуряков С. А. Восстановительные операции носа, горла, уха. Новосибирск, 1947.
- Пунин Б. В. Объем медицинской помощи на кораблях Военно-Морского Флота. М., 1941.
- Ранения черепа и головного мозга при острой лучевой болезни. Под ред. В. Н. Шамова. Л., 1962.
- Ратнер Ю. А. Огнестрельные ранения груди. Казань, 1944.
- Рауэр А. Э. Методы пластических операций мягких тканей лица после огнестрельных ранений. М., 1945.
- Руководство по переливанию крови. Для военных врачей. Под ред. В. Н. Шамова. М., 1944.
- Самарин Н. Н. Огнестрельные ранения прямой кишки, костей таза и ягодиц. Л., 1941.
- Саркизов-Серазини И. М. Лечебная физкультура раненых. М., 1944.
- Семенова Тян-Шанская В. В., Попова М. И. Отдаленные последствия огнестрельных ранений нервных стволов конечностей. Л., 1958.
- Созон-Ярошевич А. Ю. Торакоабдоминальные ранения. Л., 1945.
- Тальман И. М. Огнестрельные ранения легких и плевры. Л., 1946.
- Тарасов М. М. Военно-полевая хирургия в рейдах партизанских отрядов в Великую Отечественную войну. М., 1958.
- Темкин Я. С. Воздушная контузия уха. М., 1947.
- Техника операций на центральной и периферической нервной системе при повреждениях военного времени. Под ред. А. Л. Поленова. Л., 1941.
- Титов А. И. Патогенез и клиника контузионных травм ЛОР-органов. Л., 1953.
- Тихомиров П. Е. Клиника и терапия боевых травм глаза. М., 1943.
- Травматический шок. Под ред. И. Р. Петрова. Л., 1962.
- Трубников В. Ф. Лечение огнестрельных переломов бедра. Киев, 1965.
- Турнер Г. И. Руководство к наложению повязок. Изд. 5. Л., 1934; Изд. 6, Л., 1940.
- Уваров В. М. Лечение челюстно-лицевых повреждений в тыловых госпиталях. Киров, 1942.
- Указания по военно-полевой хирургии (для врачей полевой санитарной службы). М. — Л., 1941; Изд. 2. М., 1942; Изд. 3, М., 1944.
- Указания по военно-полевой оториноларингологии (для врачей санитарной службы). М., 1944.
- Указания по военной офтальмологии. М., 1944; Изд. 2. М., 1947.
- Указания по военной оториноларингологии. М., 1947.
- Усольцева Е. В. Лечение огнестрельных ранений кисти. Л., 1945.
- Успенская В. Э. Клиника огнестрельных травм плечевого сплетения. М., 1932.
- Фаворский Б. А. Ранения периферических нервов. Краткое руководство для военных врачей. Киров, 1942; Изд. 2. Киров, 1944.
- Фаворский Б. А. Ранения нервных стволов конечностей (клинические наблюдения в период Отечественной войны). Л., 1947.
- Филатов В. П. Офтальмологию на службу Красной Армии (работы моей офтальмологической школы). Ташкент, 1942.
- Фирсов З. П. Краткое руководство по лечебной физкультуре при травмах военного времени. М., 1942.
- Флеров С. А. Краткий курс военно-полевой хирургии. Казань, 1930.
- Фраткин Г. М. Проникающие огнестрельные ранения живота (организация помощи, диагностика и лечение в войсковом районе). Л., 1944.

- Фрумкин А. П. Военная травма мочеполовой системы. М., 1944.
- Ханамиров А. Р. Классификация огнестрельных ранений органов шеи. Ростов-н/Д., 1950.
- Хенкин В. Л. Ранения кровеносных сосудов (из опыта Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.). Ростов-н/Д., 1947.
- Хилов К. Л. Избранные вопросы клиники огнестрельных повреждений лор-органов. Л., 1946.
- Хилов К. Л. Клиника слепых огнестрельных ранений лица и шеи. Учебное пособие. Л., 1964.
- Хирургия военного времени. Повреждения и ранения органов брюшной полости. Под ред. А. А. Бельца, А. В. Мельникова, А. Л. Слободского. Харьков, 1935.
- Хирургия повреждений нервной системы. Практическое руководство. Под ред. В. Н. Шамова. Л., 1959.
- Ходос Х. Г. Травматические повреждения и огнестрельные ранения нервной системы. Иркутск, 1943.
- Хромов Б. М. Хирургическая работа на войне в условиях применения БОВ. Л., 1940.
- Хромов Б. М. Комбинированные лучевые поражения. Л., 1959.
- Чибукмахер Н. Б. Хирургическое лечение огнестрельных повреждений периферических нервов. Харьков, 1947.
- Чирковский В. В. Боевые повреждения глаза и доокулистическая хирургическая помощь при них. Л., 1941.
- Чутко М. Б. Повреждения глаз в боевой обстановке и организация помощи при них во время войны с белофиннами. Куйбышев, 1941.
- Шамов В. Н. Переливание крови в период Великой Отечественной войны (1941—1945). Л., 1947.
- Шамов В. Н., Филатов А. Н. Руководство к переливанию крови. М. — Л., 1940.
- Шапиро И. Н. Огнестрельные ранения органов мочевой и половой системы. Л., 1941; Изд. 2. Киров, 1942.
- Шапиро И. Н. Ранения почек и органов таза в период Великой Отечественной войны. Библиография. Л., 1946.
- Шарапов В. И. Острые травматические повреждения головного и спинного мозга. Л., 1941.
- Шаргородский Л. Я. Основные осложнения при травмах и ранениях головного мозга и их лечение. (в помощь военному врачу). Ташкент, 1942.
- Шейнис В. Н. Хирургическая помощь во французской армии в мировую войну 1914—1918 гг. М., 1938.
- Шейнис В. Н. Лечение повреждений пальцев и кисти на войне. М., 1944.
- Шершевская О. И. Глазное дно при боевой травме глаза и черепа. Новосибирск, 1950.
- Шефер Д. Г., Колик М. З. Диагностика и лечение огнестрельных ранений периферических нервов. М. — Свердловск, 1944.
- Щипачев В. Г. Реконструкция пальцев и кисти рук (20 лет работы над хирургией пальцев рук). Иркутск, 1944.
- Юдин С. С. Методика операций при огнестрельных переломах бедра в условиях современной войны. М., 1943.
- Юдин С. С. Избранные произведения. Т. 1. Вопросы обезболивания в хирургии. М., 1960. Т. 2. Вопросы военно-полевой хирургии и переливание посмертной крови. М., 1960.
- Юдин С. С., Петров Б. А. О лечении огнестрельных переломов конечностей. М., 1942.
- Энтин Д. А. Доврачебная медицинская помощь и уход при челюстно-лицевых ранениях. Учебное пособие. М. — Л., 1939.
- Энтин Д. А. Помощь на фронте челюстно-лицевым раненым. Военно-полевая челюстно-лицевая травматология. М. — Л., 1940.

- Энтин Д. А. Военная челюстно-лицевая хирургия. Учебное пособие. М. — Л., 1941; Изд. 2. Л., 1941; Изд. 3. Л., 1945.
- Этапное лечение повреждений. Справочное пособие. Под ред. А. Г. Кючарианца, В. Н. Шевкуненко и др. Л., 1937; Изд. 2. Л., 1939.
- Якобсон С. А. Ранения груди на войне. М. — Пг., 1923.
- Ярославский Е. И. Поражение уха при воздушной травме. Омск, 1945.

Военно-полевая терапия и примыкающие к ней клинические дисциплины

- Акопян А. А., Мирзоян Г. И. Краткое пособие по травматическим поражениям периферической нервной системы конечностей. Ереван, 1944.
- Архангельский В. Н. и др. Глазная помощь в войсковой части. Куйбышев, 1942.
- Балабан Я. М. Вопросы военной невропатологии. Саратов, 1945.
- Баронов В. А. Закрытые травмы головного мозга. Л., 1960; Изд. 2. Л., 1966.
- Баронов В. А., Спивак Л. И. Нервно-психические нарушения при действии оружия массового поражения. Л., 1961.
- Барунин И. М. и др. Краткое руководство по борьбе с кожными и венерическими болезнями в РККА. Л., 1934.
- Богданов Н. А. Вопросы токсикологии ракетных топлив. Л., 1961.
- Болдырев Т. Е. Справочник по инфекционным болезням. М., 1944.
- Варшавер Г. С., Томазов А. А. Физиотерапия в эвакогоспиталях. М.—Казань, 1942.
- Вилевин Г. Д., Шумова О. В. Патогенез и лечение ожоговой болезни. М., 1963.
- Висковский С. В. Ранняя диагностика основных инфекционных болезней (библиотека войскового врача). Л., 1943.
- Военно-полевая терапия (радиационные поражения, поражения БОВ, отравления техническими жидкостями). Учебник для слушателей под ред. Б. Д. Иванова. Л., 1958.
- Волынский З. М., Крылов А. А. Учебник военно-морской и госпитальной терапии. Л., 1965.
- Вольфовский Р. Н., Остров С. О. Краткий справочник по диагностике и терапии поражений боевыми отравляющими веществами и организация медико-санитарного обслуживания пораженных. М.—Л., 1948.
- Гельштейн Э. М., Филимонов Д. В. Объем терапевтической помощи на войсковых и армейских этапах эвакуации. Л., 1941.
- Глекель М. Е. и др. Вопросы психиатрической практики военного времени. Л., 1941.
- Глинчиков В. М. Клиника и терапия поражений боевыми отравляющими веществами. М., 1925; Изд. 2. М., 1929; Изд. 3., М., 1931.
- Гольдберг Н. Г. Организация физиотерапевтической помощи в лечебных заведениях Советской Армии. М., 1949.
- Гольман С. В. Природа двигательных нарушений при ранениях конечностей без повреждений нервных стволов. Л., 1952.
- Горбовицкий С. Е. Венерические болезни и борьба с ними (материалы для лектора). М., 1944.
- Гржебин З. Н. Поражения кожи боевыми отравляющими веществами. Изд. 2. Ростов-н/Д., 1939.
- Губергриц А. Я. Внутренняя патология боевой травмы. М., 1946.
- Гуревич М. О. Нервные и психические расстройства при закрытых травмах черепа. М., 1945.
- Джаракьян Т. К. Геморрагический синдром острой лучевой болезни. Л., 1960.
- Егоров П. И. Вопросы военно-полевой терапии. М.—Л., 1945.
- Залкиндсон Е. Т. Физиотерапия повреждений военного времени. Л., 1943.
- Зенин А. С. Кожные болезни в практике войскового врача. Куйбышев, 1942.

- Ионин И. Д. Холера и ее профилактика. М., 1943.
- Ионин И. Д., Вовси М. С. Туляремия и профилактика ее в войсках. М., 1943.
- Картамшиев А. И. Поражение кожи боевыми отравляющими веществами. Ташкент, 1932.
- Карюк С. Е., Миронов Г. С. Справочник по инфекционным болезням. Для военно-морских врачей. Л., 1965.
- Костецкий Б. И. и Васильев В. А. Противотуберкулезные мероприятия в Советской Армии. Изд. 2. Пособие для врачей и слушателей. М., 1957; Изд. 3. Л., 1960.
- Красновидов В. С. Глазная помощь в войсковой части и на корабле. Учебное пособие. Л., 1964.
- Краткий справочник по токсикологии и терапии поражений боевыми отравляющими веществами. Под ред. Б. И. Предтеченского и И. И. Федотова. М., 1933.
- Краткое пособие по невропатологии и психиатрии. Для военных врачей. Уфа, 1942.
- Ландсман И. Е. Физиотерапия огнестрельных травм (в помощь военному врачу). Ташкент, 1943.
- Михайлов М. П. и Космакова М. А. Библиографический указатель по физиотерапии, курортотерапии и лечебной физкультуре военных травм. Медицинский бюллетень Иркутского медицинского института. Иркутск, № 6, 1943.
- Михнев А. Л. Очерки по военно-полевой терапии. Киев, 1946.
- Мозжухин А. С., Рачинский Ф. Ю., Танк Л. И. Химическая профилактика острой лучевой болезни. Л., 1961.
- Мозжухин А. С., Рачинский Ф. Ю. Химическая профилактика радиационных поражений. М., 1964.
- Молчанов Н. С. Военно-полевая терапия. Руководство для студентов медвузов и врачей. Л., 1961.
- Мошкин Е. А. Отравления техническими жидкостями. Л., 1964.
- Наставление по профилактике и лечению кожных и венерических заболеваний в войсковых частях. М., 1943; Изд. 2. М., 1945.
- Неврология военного времени. Теория и практика. Т. 1—2. Под ред. Н. И. Гращенкова. М., 1949.
- Неговский В. А. Опыт терапии состояния агонии и клинической смерти в войсковом районе. М., 1945.
- Нервные и психические заболевания в условиях военного времени. Под ред. Р. Я. Галант и В. Н. Мясищева. Л., 1948.
- Осипов В. П. Вопросы психиатрического распознавания и определения годности к военной службе. Пособие для военных врачей. Л., 1944.
- Павлов С. Т. Справочник по кожным и венерическим болезням для войскового врача. М., 1946.
- Панкретьев П. Е. Травматические пневмонии при ранениях груди. Самарканд. 1944.
- Парфенов А. П. Физиотерапевтическая рецептура при лечении боевых травм. М., 1943.
- Пожарский Ф. И. Поздние и отдаленные последствия отравлений БОВ. М.—Л., 1939.
- Поляков У. Л. Лечебная физкультура в военных госпиталях. (Методическое руководство). М., 1945.
- Предтеченский Б. И. Краткий курс патологии и терапии боевых отравляющих веществ. М., 1941.
- Психозы и неврозы военного времени. Под ред. В. П. Осипова. Л., 1934.
- Пуссеп Л. М. Травматический невроз военного времени. Изд. 2. Пг., 1918.
- Радайкин С. Д. Патология и терапия поражений БОВ. М.—Л., 1939.
- Руководство по военной невропатологии. Под ред. М. И. Аствацатурова. М.—Л., 1935.

- Руководство по оказанию зубоврачебной помощи и зубопротезированию в Вооруженных Силах СССР. М., 1950.
- Руководство по токсикологии отравляющих веществ. Под ред. А. И. Черкеса, Киев, 1964.
- Савицкий Н. Н. Частная патология и терапия поражений боевыми отравляющими веществами. Изд. 3., М.—Л., 1941.
- Санатории и дома отдыха МО СССР. Медицинские показания и противопоказания М., 1962.
- Сахаров П. С. Патология, клиника и терапия поражений боевыми отравляющими веществами. М.—Л., 1935.
- Смольников А. В. Краткий справочник по первой врачебной помощи пораженным боевыми отравляющими веществами. Л., 1941.
- Справочник по инфекционным болезням. Под ред. И. Д. Ионина. Изд. 2. М., 1944.
- Тимофеев Н. Н. Очерки военной психиатрии. Л., 1962.
- Трон Е. Ж. Военная офтальмо-неврология. Л., 1945.
- Указания по организации психиатрической помощи и психиатрической экспертизы во время войны. Изд. 2. М., 1941.
- Указания по организации гинекологической и лечебно-профилактической помощи женщинам, служащим в Красной Армии. М., 1943.
- Указания по военной психоневрологии. М., 1963.
- Уникель П. С. Краткое руководство по профилактике и лечению венерических и кожных заболеваний в условиях войскового района. Грозный, 1943.
- Уфлянд Ю. М. Современные методы электродиагностики при огнестрельных ранениях нервной системы. М., 1945.
- Учебник токсикологии и санитарно-химической защиты (для медицинских училищ). Под ред. Н. А. Богданова. Л., 1964.
- Фролов Ю. П. Высшая нервная деятельность при токсикозах. Для военных врачей и токсикологов. М., 1944.
- Химическая профилактика острой лучевой болезни. Под ред. А. С. Мозжухина. Л., 1961.
- Хромов Н. А. Нарушения высшей нервной деятельности при проникающих ранениях черепа. Л., 1958.
- Чеботарев Е. Е. Комплексное лечение острой лучевой болезни. Киев, 1965.
- Черкес А. И. Патология и терапия отравлений боевыми ядами. Харьков, 1925.
- Черкес А. И. Основы токсикологии боевых отравляющих веществ. Изд. 6. Киев, 1939; Изд. 7, М., 1944.
- Чиковани К. П., Назарова О. В. Огнестрельная травма нервных стволов конечностей (посегментное изучение). Тбилиси, 1948.
- Шамовская Э. З. Нервные синдромы огнестрельных повреждений черепа и головного мозга. Новосибирск, 1948.
- Щукарев К. А. Вопросы патогенеза, клиники и терапии пневмоний, осложняющих операции и боевую травму. Л., 1953.

Военная гигиена, военная эпидемиология, санитарно-химическая защита

- Андреев В. А. Корабельная санитарная техника. Руководство для врачей. Л.—М., 1938.
- Аничков С. В., Лихачев А. А., Предтеченский Б. И. Медико-санитарные основы военно-химического дела. М.—Л., 1933.
- Бабаев Г. М. Боевые отравляющие вещества и основы защиты от них. Изд. 4, М.—Л., 1939.
- Багдасарьян С. М. Краткое пособие по санитарно-химической защите. Изд. 3. М., 1942; Изд. 4. М., 1944.
- Беленький С. Ю., Кленова Е. В. и Канторович А. К. Санитарно-эпидемическая оборона СССР. Указатель литературы. М., 1943.

- Берман В. М., Левитов А. М., Рогозин И. И. Курс частной эпидемиологии. Для войсковых врачей и врачей эпидемиологов. Л., 1936. Частная эпидемиология. Для войсковых врачей и врачей эпидемиологов. Изд. 2. Л., 1941; Изд. 3. М., 1944.
- Бобров Н. И. Физиолого-гигиенические основы военно-морского труда. Л., 1959.
- Боголюбов К. К. Корабельная гигиена. Руководство для слушателей ВММА и врачей. Л., 1951.
- Болдырев Т. Е. Банно-прачечное дело в РККА. М., 1934.
- Болдырев Т. Е. Банно-прачечное и дезинфекционное обслуживание Красной Армии. М.—Л., 1939; Изд. 2. Л.—М., 1940.
- Болдырев Т. Е., Окуневский Я. Л. Практическое руководство по войсковой дезинфекции. Л.—М., 1934.
- Бурназян А. И., Коваленко В. Н. Сыпной тиф и борьба с ним в полевых условиях. М., 1943.
- Виноградов-Волжинский В. А. Элементы военной гигиены в полевых условиях. Л., 1942.
- Вихрова С. Н. Методы приготовления пищи и диета для питания раненных в чело-
вечность. Л., 1941.
- Военная эпидемиология. Учебник под ред. И. И. Рогозина и В. Д. Белякова. Л., 1957.
- Военная эпидемиология. Учебник для студентов медицинских институтов под ред. И. И. Рогозина. Л., 1962.
- Военно-морская гигиена. Учебник для слушателей военно-морского факультета и военно-морских врачей. Под ред. Н. Н. Боброва. Л., 1964.
- Габович Р. Д. Санитарное обеспечение полевого водоснабжения войск. М. — Л., 1939.
- Гинзбург М. В. Гигиена питания в полевых условиях. М., 1943.
- Глебович А. А., Григорьев А. Н., Другов Ю. В. Краткий курс военно-химического дела. М.—Л., 1933.
- Глибин В. Ф. Общая и военная гигиена. Учебник для военно-фельдшерских училищ РККА. М., 1939.
- Девятнин В. А. Указания по профилактике авитаминозов в войсках. М., 1944.
- Другов Ю. В. Библиография по вопросам санитарно-химической защиты (1915—1935). М. — Л., 1940.
- Зеленев Н. А. Принципы и методы противоэпидемической борьбы в войсках в военное время. М. — Л., 1930.
- Иванов Н. А. Конспект по военной гигиене (по лекциям, читанным Н. А. Ивановым в 1922—1924 гг). Л., 1924.
- Иванов Н. А. Избранные вопросы военной санитарии. Пособие для практич. занятий. Л., 1928.
- Иванов Н. А. Гигиена и санитарная служба в казарме и лагере. М. — Л., 1930.
- Инструкция по банно-прачечному и дезинфекционному обслуживанию войск. М., 1942.
- Иткин М. М. Краткий курс санитарно-химической защиты. Саратов. 1942.
- Калмыков П. Е. Гигиена питания войск. Л., 1952.
- Калмыков П. Е. Гигиена водоснабжения войск. Л., 1953.
- Калмыков П. Е. Методы гигиенического исследования одежды. Л., 1962.
- Калмыков П. Е., Субботин Ф. Н. Гигиенический контроль за водоснабжением, питанием и жилищем войск. Л., 1953.
- Калмыков П. Е., Кошелев Н. Ф. Санитарно-гигиенический контроль за условиями труда и радиационной безопасности. Л., 1966.
- Кошелев Н. Ф. Радиационная гигиена. Учебное пособие. Л., 1965.
- Краткое руководство по санитарному надзору за полевым водоснабжением войск РККА. Под ред. Е. Могилевича. М., 1933.

- К р о т к о в Ф. Г. Справочник по военной гигиене. Л., 1931.
- К р о т к о в Ф. Г. Руководство по военной гигиене. Составлено при участии С. Е. Бурштына, Н. А. Молсдцова и др. М.—Л., 1933; Изд. 2. Л., 1938; Изд. 3, Л., 1939.
- К р о т к о в Ф. Г. Военная гигиена. Учебник для студентов медицинских институтов. М.—Л., 1939.
- К р о т к о в Ф. Г. Военная гигиена. М., 1959.
- К р о т к о в Ф. Г. Учебник военной гигиены. Для медицинских институтов. М., 1962.
- К р о т к о в Ф. Г. Проблемы радиационной гигиены. М., 1962.
- К р о т к о в Ф. Г., Г а л а н и н И. Ф. Военная гигиена. Избранные главы. М., 1936.
- К у з ь м и ч Н. С., Ш е к М. П., Ф р о л о в В. М. Пособие к практическим занятиям по физиологии военного труда. Л., 1966.
- Курс частной военной эпидемиологии. Учебник под ред. И. И. Рогозина и др. Л., 1962.
- Л е о н а р д о в Б. К. Санитарная обработка (Банно-прачечное и дезинфекционное дело). Тактика и техника санитарной службы. М., 1932.
- Л и д с к и й Я. В. Элементы общей и военной гигиены. Киев, 1941.
- Л и д с к и й Я. В. Избранные вопросы военно-полевой гигиены. Свердловск, 1942.
- М а р к а р я н М. Г. и Г л и б и н В. Ф. Военная гигиена с дезинфекцией. Краткое пособие для школы военных лекпомов РККА. Л., 1933.
- М а р к о в с к и й В. С. и др. Пособие по полевой технике военно-санитарной службы РККА. Для лекарских помощников и санитарных инструкторов. М.—Л., 1935.
- М а р ш а к М. С. Организация лечебного питания в эвакогоспиталях. М.—Л., 1941.
- М и х е л ь с о н Г. А. Справочник по банно-прачечно-дезинфекционному делу РККА. Изд. 3. Для войсковых врачей. М.—Л., 1939; Изд. 4. М., 1942.
- М о р е в В. А. Справочные материалы по санитарно-гигиеническому обеспечению на кораблях и в береговых частях ВМФ. Л., 1945.
- Наставление по лечебному питанию раненых и больных в полевых лечебных учреждениях. М., 1943.
- П а в л о в с к и й Е. Н. В помощь санитарно-эпидемической разведке эпидемических трансмиссивных болезней на юге и в субтропиках. М., 1944.
- П е т р о в с к и й К. С. Пособие по военной гигиене. Смоленск, 1935.
- П о з ы в а й Т. Т. и др. Краткий санитарно-эпидемиологический справочник для войсковых врачей и фельдшеров. Каунас, 1945.
- П о л т а в с к и й С. П., К а л ь ю А. И. Что нужно знать о бактериальной войне. Киров, 1942.
- Практикум по военно-морской гигиене. Вып. 1. Л., 1941; Вып. 2. Л., 1942.
- Противоэпидемическая защита войск. Под ред. А. И. Бурназяна. В. 1—2. М., 1944—1945.
- Радиационная медицина. Руководство для врачей и студентов. Под ред. А. В. Лебединского. М., 1955.
- Р а е в с к и й М. В. Санитарная профилактика в специальных войсках Красной Армии. М.—Л., 1931.
- Р а ч и н с к и й Ф. Ю. Химия и индикация боевых отравляющих веществ. М.—Л., 1940.
- Р о д н е в и ч Б. Н. Химия и индикация боевых отравляющих веществ. М.—Л., 1940.
- Руководство по питанию Красной Армии. Под ред. Б. Збарского и В. Коганова. М., 1935.
- Руководство по санитарно-эпидемиологическому и лечебному обслуживанию РККА. Ч. 1, (санитарно-профилактическое обслуживание). М., 1936; Изд. 2. М., 1939.
- Руководство по санитарно-эпидемиологическому обеспечению Военно-Морского Флота. М.—Л., 1940.

- Руководство по санитарно-эпидемиологическому и лечебному обслуживанию РККА. Ч. 2. (Профилактика эпидемических заболеваний). М., 1937; Изд. 2. М., 1941.
- Руководство по санитарно-профилактическому и противоэпидемическому обслуживанию войск. М. — Л., 1941; Изд. 2. М., Ташкент, 1942.
- Санитарно-химическая защита. Патология, клиника и терапия поражений отравляющими веществами. Руководство для студентов и врачей. Под ред. Ю. В. Другова. М., 1959.
- Скворцов В. В. Санитарная оценка и обеззараживание воды в условиях войсковой части. Пособие для войсковых врачей. Л., 1941.
- Скворцов В. В. Военная гигиена. Учебное пособие для курсантов военных училищ. М., 1949.
- Соколов Д. С. Справочник по дезинфекции на Военно-Морском Флоте. М., 1943.
- Спасский В. А., Аркаев В. А. Военная гигиена. М., 1956; Изд. 2. М., 1962.
- Указания по профилактике авитаминозов в войсках. М. 1944.
- Указания по санитарной обработке и дезинфекционному обслуживанию войск. М., 1945.
- Учебник по общей и военной гигиене. Под ред. П. Е. Калмыкова. Л., 1960.
- Учебник по военно-морской гигиене. Для слушателей военно-морского медицинского факультета. Под ред. Н. И. Боброва. Л., 1964.
- Хлопин Г. В. Военно-санитарные основы противогазового дела. Пг. 1918; Изд. 2. Л., 1928; Изд. 3. Л., 1930.
- Хлопин Г. В. Оборона в химической войне. Л., 1924.
- Шилов П. И., Яковлев Т. Н. Витамины в практике военного врача. Л., 1956.

Физиология военного и военно-морского труда. Авиационная медицина

- Авиационная медицина. Краткое руководство для врачей и студентов. Под ред. Г. Г. Куликовского. М. — Л., 1941.
- Вайль Ю. С., Шишов А. Г. Вопросы аэродинамики для авиационных врачей. Учебное пособие. Л., 1965.
- Горовой-Шалтан В. А., Зимкин Н. В., Кравчинский Б. Д. Материалы по психофизиологии труда в РККА. Вып. 1—12. Л., 1933.
- Грайфер Г. Р. Медицинское обеспечение парашютного спорта. М. — Л., 1939.
- Егоров П. И. Влияние высотных полетов на организм летчика. М., 1937.
- Избранные вопросы физиологии военного труда. Учебное пособие. Под ред. М. П. Бресткина. Л., 1957.
- Исаков П. К., Стасевич Г. А. Скорости, ускорения, невесомость (некоторые вопросы физики и физиологии применительно к полетам в атмосфере и космическом пространстве). Изд. 2. М., 1962.
- Лавников А. А. Авиационная медицина. Учебное пособие. М., 1961.
- Лысенко Г. П. Методы изучения психологических особенностей личности летчика. Учебное пособие. Л., 1964.
- Медведев В. И. Физиологические основы работ зрительного анализатора при некоторых видах военного труда. Л., 1962.
- Основы авиационной медицины. Руководство для военных врачей авиационной службы. М. — Л., 1939.
- Первый опыт физиолого-гигиенического обоснования катапультирования летчика в СССР (К истории вопроса). Очерк под ред. М. П. Бресткина. Л., 1962.
- Платонов К. К. Человек в полете (полеты, влияние на организм летчика, здоровье и гигиена, авиационная медицина). Изд. 2. М., 1957.
- Платонов К. К. Психология летного труда. М., 1960.
- Платонов К. К., Лавников А. А. Материалы из прошлого отечественной авиационной медицины. М., 1957.

- Прикладовицкий Н. С. Физиология и патология водолазной работы в изолирующих кислородных приборах. М., 1936.
- Романович П. Л. Высотные полеты и их физиолого-гигиеническая характеристика. Л., 1961.
- Романович П. Л. Скоростные, ночные полеты и полеты в сложных метеорологических условиях и их психо-физиологическая характеристика. Л., 1962.
- Руководство по методике обследования летного состава и поступающих в летные школы и вузы. М., 1932.
- Руководство для врачебно-летных комиссий ВВС РККА. М. — Л., 1939; Изд. 2, 1941.
- Савин Б. М. Характеристика природных факторов, воздействующих на организм летчика в условиях высотного и космического полета. Л., 1966.
- Савичев И. И. Физиология и патология подводных погружений при повышенном давлении. Л., 1945.
- Самтер Я. Ф. Авиамедицина. Библиография. М., 1935.
- Сергеев А. А. Влияние ускорения на организм летчика. М., 1957.
- Соловьев В. К. Очерки по физиологии военного труда в условиях рельефа и климата Средней Азии. Ташкент, 1933.
- Спасский В. А. Краткий курс авиационной гигиены. Учебное пособие для авиационных училищ ВВС Красной Армии. М., 1941.
- Специфические заболевания подводников и водолазов. Учебное пособие. Под ред. Е. Э. Германа. Л., 1960.
- Стрельцов В. В. Влияние высоты и ускорений на организм летчика. (в помощь авиационному врачу). М. — Л., 1945.
- Учебник специальной физиологии. Ч. 1. Под ред. Е. Э. Германа. Л., 1955.
- Физиология и гигиена высотного полета. Для войскового врача. Под ред. Ф. Г. Крсткова. М. — Л., 1938.
- Хилов К. Л. Избранные вопросы теории и практики космической медицины с позиций лабиринтологии. Л., 1965.
- Шишов А. Г. Медицинское изучение и предупреждение летных происшествий. Л., 1960.
- Эголинский Я. А. О физиологических основах физической подготовки летчиков-космонавтов. Л., 1962.

**Военно-врачебная и судебно-медицинская экспертиза. Военно-медицинская статистика
Военно-медицинское снабжение. Военная рентгенология. Врачебный контроль физической подготовки войск. Патологическая анатомия боевых травм**

- Абрамов Ш. И. Военно-полевая рентгенология. Учебник для слушателей ВМОЛА им. С. М. Кирова и врачей-рентгенологов. Л., 1957.
- Абрамов Ш. И. Рентгенодиагностика огнестрельных повреждений. Л., 1959.
- Авдеев М. И. Пособие по военной судебной медицине. Для военных врачей и военных юристов. М., 1943.
- Авцын А. П. Очерки военной патологии. М., 1946.
- Балтин М. М. Рентгенодиагностика боевых повреждений органа зрения и его придатков. Руководство для врачей рентгенологов и окулистов. М., 1946.
- Белицкая Е. Я. Система учебно-статистических показателей санитарной службы действующей армии. М.—Л., 1945.
- Бирзин Г. К. Работа войскового врача по физической подготовке. Пособие для слушателей ВМА РККА. Л., 1933.
- Вайль С. С. Краткие сведения по патологической анатомии и дифференциальной диагностике отравлений боевыми ОВ. М. — Л., 1938.
- Вайль С. С. Диагностика поражений боевыми отравляющими веществами на основании патолого-анатомических изменений. М., 1942.
- Вайль С. С. Материалы по патологической анатомии боевой травмы. Киров, 1943.

- Вайль С. С. Патологическая анатомия отдельных видов боевой травмы Л., 1951.
- Вайль С. С. Патологическая анатомия поражений, вызываемых отравляющими веществами. Л., 1958.
- Вайль С. С. и Пожариский Ф. И. Патологическая анатомия боевых отравляющих веществ. М.—Л., 1940.
- Вахтель В. С., Поссе Е. В. Справочник военного рентгенолога. М., 1949.
- Вист О. Материальное снабжение военно-санитарной службы РККА. М. — Л., 1931.
- Вопросы научного обоснования физической подготовки в Вооруженных Силах СССР. Под ред. А. В. Коробкова. Л., 1964.
- Гамбург А. М. Судебно-медицинская экспертиза саморанений. Киев — Харьков, 1946.
- Давыдовский И. В. Огнестрельная рана человека. Морфологический и общепатологический анализ. Т. 1. Огнестрельные раны, раневые инфекции. М., 1951; Т. 2. Общие явления и клинические синдромы у раненых. Болезни раненых. Причины смерти раненых. М., 1954.
- Зедгенидзе Г. А. Рентгенодиагностика повреждений костей и суставов. М., 1944.
- Зедгенидзе Г. А. Рентгенологическое исследование свищей огнестрельного происхождения (фистулография). Л., 1945.
- Зотов В. А. Медицинский контроль за физической подготовкой в войсковой части. М., 1942.
- Иванов И. Н. Материалы по истории военно-полевой рентгенологии. В кн.: Материалы по истории рентгенологии в СССР. М., 1948.
- Калашников В. П. Краткие сведения о медикаментах и медикаментозном снабжении РККА. Пособие для слушателей ВМА. Л., 1932.
- Краткое руководство по военно-врачебной экспертизе. М., 1944; Изд. 2. М., 1947.
- Либерман Б. Л. Санитарная статистика в РККА. Л., 1935.
- Лукашевич Д. Н. Практика санитарной статистической работы в войсковой части Красной Армии. Самарканд, 1943.
- Медико-санитарное обеспечение физической подготовки и спорта в РККА. Учебное руководство для слушателей ВМА РККА. Л., 1939.
- Молодцов Н. А. Медицинский отбор призываемых в военное время. М. — Л., 1930.
- Молодцов Н. А. и др. В помощь врачу призывной комиссии. М.—Л., 1940.
- Мудрецов Н. И., Черных В. М. Патолого-анатомическая диагностика поражений, вызываемых ядерным оружием. Л., 1964.
- Наставление по медицинскому учету и отчетности воинских частей и учреждений Советской Армии в мирное время. М., 1950
- Наставления по медицинскому учету в Советской Армии и Военно-Морском Флоте (на мирное время). М., 1955.
- Неменов М. И. Краткий очерк военно-полевой рентгенологии. Л., 1940.
- Неменов М. И. Военно-полевая рентгенология. Л., 1946.
- Ноткин Е. Л. Руководство по военно-медицинской статистике. Ч. 1 и 2. М., 1956, 1958.
- Организация рентгеновского дела в эвакогоспиталях. Указание. М., 1942.
- Пожариский Ф. И. Руководство по работе патологоанатома в условиях химического нападения. М., 1943.
- Пособие по медицинскому снабжению Красной Армии. М., 1944.
- Рохлин Д. Г. Очерки рентгенологии ранений и заболеваний военного времени. Вологда, 1945.
- Рейнберг С. А. Очерки военной рентгенологии. Л., 1942.
- Руководство по работе патолого-анатомических учреждений Советской Армии и Военно-Морского Флота. М., 1956.

- Руководство по медицинскому обеспечению физической подготовки и спорту в Советской Армии и Военно-Морском Флоте. М., 1957.
- Руководство по медицинскому контролю за физической подготовкой и спортом в Вооруженных Силах СССР. М., 1961.
- Серебрянников В. Д. Методы медицинской статистики и их применение на кораблях и в частях Военно-Морских Сил. Учебное пособие. Л., 1954.
- Стовбун В. Г., Ермолаев С. Э., Кашпар В. И., Шпаковский Д. Ф. Медицинский контроль за физической подготовкой и спортом. Учебное пособие для слушателей. Л., 1953.
- Указания по патологоанатомической службе в Красной Армии. М., 1943.
- Указания по организации и методике лечебной физической культуры для офицеров и генералов и адмиралов Советской Армии и Военно-Морского Флота. М., 1958.
- Фридкин В. Я. Рентгенодиагностика огнестрельных ранений живота. Л., 1945.
- Хренов А. П. Военно-медицинское снабжение Советской Армии. М., 1946.
- Чалисов И. А., Хазанов А. Т. Руководство по патологоанатомической диагностике важнейших инфекционных заболеваний человека (в помощь военному врачу). Л., 1964.
- Чистович А. Н., Агеев А. К. и др. Патологическая анатомия боевых травм и их осложнений. Учебник для слушателей ВМОЛА им. С. М. Кирова. Л., 1958; Изд. 2. Л., 1965.



- 1955 г. (сентябрь)— Переименование Военно-медицинского управления МО СССР (ВМУ) в Главное военно-медицинское управление МО СССР (ГВМУ).
С ноября 1960 г.— Военно-медицинское управление МО СССР (ВМУ).
- 1955 г. — Организация в Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова первой в нашей стране кафедры военно-полевой терапии.



- 1956 г. (18 августа) — Объединение Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова с Военно-морской медицинской академией.



- 1958 г. (4 ноября). — Выход в свет первого номера многотиражной газеты Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова «Военный врач».
- 1958 г. — Организация в Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова первой в нашей стране кафедры анестезиологии.

- 1959 г. — Издание официального руководства по организации и содержанию терапевтической помощи в ВС СССР — «Указания по военно-полевой терапии».



- 1960 г. — Организация в Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова первой в нашей стране кафедры и клиники термических поражений. До этого, в 1958 г., в Академии был создан ожоговый центр в составе научно-исследовательской лаборатории и ожогового отделения при кафедре госпитальной хирургии).



- 1962 г. (30 января) — Заседание коллегии Министерства Обороны СССР, посвященное деятельности Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова.
- 1962 г. (март) — Переименование Военно-медицинского управления МО СССР (ВМУ) в Центральное военно-медицинское управление МО СССР (ЦВМУ).



- 1963 г. — Издание официального руководства по организации и содержанию психоневрологической помощи в ВС СССР — «Указания по военной психоневрологии».

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие. Маршал Советского Союза И. Х. Баграмян	5
Введение. Генерал-лейтенант медицинской службы Д. Д. Кувшинский . .	9
Глава I. Возникновение советской военной медицины и начало ее организационного становления. М. И. Барсуков, Ф. В. Пасюков, Б. М. Потулов	33
Глава II. Советская военная медицина в годы иностранной военной интервенции и гражданской войны (1918—1920 гг.). М. И. Барсуков, А. С. Георгиевский, Б. М. Потулов	69
Глава III. Советская военная медицина в годы социалистического строительства (1921—1941 гг.). Б. Д. Петров, В. И. Селиванов, Е. Ф. Селиванов	127
Глава IV. Медицинское обеспечение Красной Армии в первом периоде Великой Отечественной войны (22 июня 1941 г. — 19 ноября 1942 г.). Н. А. Вишневский, А. С. Георгиевский, В. И. Селиванов	195
Глава V. Медицинское обеспечение Красной Армии во втором периоде Великой Отечественной войны (ноябрь 1942 г. — декабрь 1943 г.). О. К. Гаврилов, В. И. Селиванов, А. Б. Хмыров	239
Глава VI. Медицинское обеспечение Красной Армии в третьем периоде Великой Отечественной войны (январь 1944 г. — май 1945 г.). М. Ф. Войтенко	269
Глава VII. Медицинское обеспечение Красной Армии в войне с империалистической Японией. В. И. Селиванов, О. С. Шевцов . Общие итоги медицинского обеспечения Красной Армии в Великой Отечественной войне. А. С. Георгиевский	315
Глава VIII. Советская военная медицина в годы завершения построения социализма и развернутого строительства коммунистического общества (1946—1966 гг.). А. С. Георгиевский, Н. Г. Иванов	343
Глава IX. Основные пути развития медицинской службы Военно-Морских Сил СССР. Е. М. Иванов, В. В. Тимофеев	375
Глава X. Основные направления развития медицинской службы и медицинского обеспечения Военно-Воздушных Сил Советской Армии. М. Н. Жук, П. И. Кактыш	415
Глава XI. Основные направления развития советской военно-медицинской литературы. А. А. Шибков	447
Заключение. Генерал-лейтенант медицинской службы Д. Д. Кувшинский .	483
Указатель основной советской военно-медицинской литературы, изданной в 1918—1966 гг. (книги и брошюры). Составитель А. А. Шибков . . .	489
Памятные даты по истории советской военной медицины. Составители: А. С. Георгиевский и В. И. Селиванов	519

**Под редакцией
Кувшинского Дмитрия Дмитриевича
и Георгиевского Анатолия Сергеевича**

ОЧЕРКИ ИСТОРИИ СОВЕТСКОЙ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Редактор Е. Ф. Селиванов
Оформление художника А. М. Гимана, П. А. Кузнецова
Художественный редактор А. И. Приймак
Технический редактор Г. Т. Лебедева
Корректор Е. М. Рычкова

Сдано в набор 10/III 1967 г. Подписано к печати 29/IX 1967 г. Формат бумаги 70×100¹/₁₆. Печ. л. 33,0.
Бум. л. 16,5. Уч.-изд. л. 37,5. Усл. л. 42,9. ЛН-73. М-55291. Тираж 5400 экз. Заказ 854. Цена 4 р. 33 к.
Бумага на текст — типографская № 1, на суперобложку — мелованная.

Ленинградское отделение издательства «Медицина»,
Ленинград, Д-104, ул. Некрасова, 10.
Ордена Трудового Красного Знамени Ленинградская типография № 1 «Печатный Двор» имени
А. М. Горького Главполиграфпрома Комитета по печати при Совете Министров СССР, г. Ленинград,
Гатчинская ул., 26.

О Т З Ы В Ы

ПРОСИМ НАПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ:
ЛЕНИНГРАД, Д-104, ул. НЕКРАСОВА, 10,
Ленинградское отделение издательства
«МЕДИЦИНА»



4p.332

МЕДИЦИНА • 1968